

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Reabilitação Respiratória à Pessoa com DPOC:

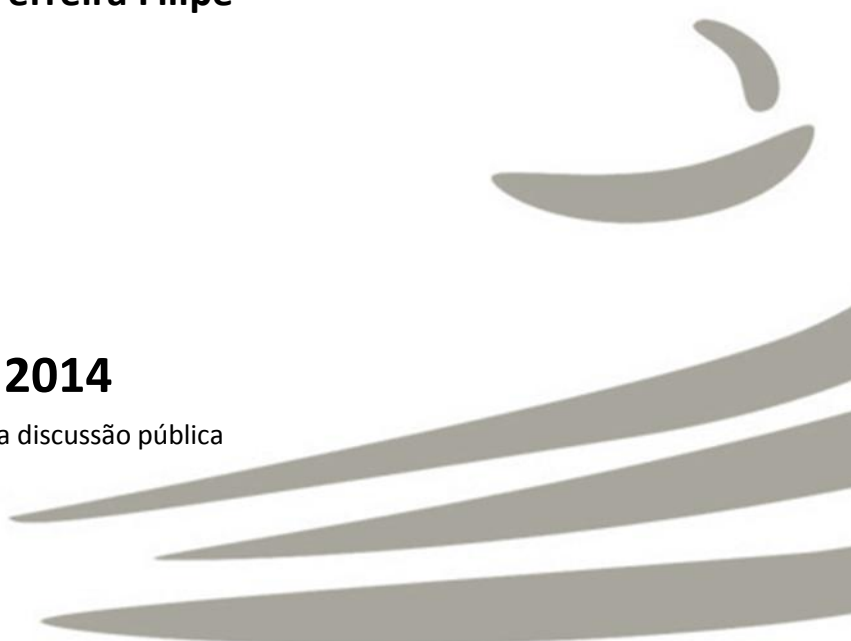
A intervenção do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação

Nuno Ferreira Filipe

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Reabilitação Respiratória à Pessoa com DPOC:

A intervenção do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação

Nuno Ferreira Filipe

Professora M^a do Céu Lourenço Sá

2014



PENSAMENTO

"A integridade sem o saber é fraca e inútil, enquanto que o saber sem a integridade
é perigoso e terrível."

Samuel Johnson

AGRADECIMENTOS

À Professora M^a do Céu Sá, pelo apoio, orientação e disponibilidade;
Aos que se cruzaram no meu percurso e que contribuíram para a realização deste
trabalho;
À família, pelo apoio incondicional;
À Sónia e ao Tiago, por fazerem parte de mim...

O meu mais sincero: Obrigado!

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diárias

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – American Psychological Association

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ATS – *American Thoracic Society*

AVD – Atividades de Vida Diária

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

HSM – Hospital de Santa Maria

IAI – Instrumento de Avaliação Integral

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

NHS – National Health Service

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigenoterapia de longa duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SGRQ – *Saint George's Respiratory Questionnaire*

SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

VNI – Ventilação não-invasiva

UIR – Unidade de Insuficiência Respiratória

URFR – Unidade de Readaptação Funcional Respiratória

RESUMO

O Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a finalidade de expor, refletir e compreender o percurso, estratégias e atividades utilizadas no desenvolvimento de competências que permitam prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Cumpre ainda um critério de avaliação transversal ao curso e aspira a atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem.

A DPOC é uma doença prevenível e tratável, caracterizada por uma limitação persistente do fluxo aéreo que é geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas e pulmões a partículas e gases tóxicos (GOLD, 2011). Sendo a DPOC um grave problema de saúde pública, é premente desenvolver planos terapêuticos e de intervenção que envolvam a comunidade e equipas de saúde multidisciplinares. A reabilitação respiratória (RR) da pessoa com DPOC condiciona a progressão da doença, logo a aplicação de programas de RR é a área de intervenção de excelência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), constituindo-se uma abordagem terapêutica com nível de evidência A e grau recomendação I (GOLD, 2011).

A experiência vivida pela pessoa com DPOC constitui uma área de intervenção essencial ao EEER. Ao prestar-lhe cuidados que otimizem o processo de reabilitação promove a sua adaptação ao processo de doença, constituindo um ganho em qualidade de vida, apesar das limitações que a doença impõe.

O desenvolvimento de competências profissionais diferenciadas na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, proporcionou a análise de todo o percurso, integrando uma reflexão crítica, sustentada em evidência científica. A competência de refletir sobre os diagnósticos de enfermagem, as ações realizadas e os resultados observados permite comunicar e partilhar os ganhos ao longo de todo este percurso de crescimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação Respiratória; DPOC.

ABSTRACT

The Internship Report emerged within the Master Degree in Nursing with specialization in Rehabilitation Nursing (RN), at the Nursing School of Lisbon, in order to expose, reflect and understand the route, strategies and activities used in the development of skills enabling provide specialized care in rehabilitation nursing. Still meets school evaluation criterion and aspires to the award of Master in Nursing Degree.

COPD is a preventable and treatable disease characterized by persistent airflow limitation, usually progressive and associated with an enhanced chronic inflammatory response in the airways and the lung to noxious particles or gases (GOLD, 2011). Recognizing COPD as serious public health problem, is urgent to develop therapeutic and intervention plans, involving community and multidisciplinary health teams. Respiratory rehabilitation (RR) of person with COPD affects disease progression, then RR application programs is the major intervention area of rehabilitation nurses, becoming a therapeutic approach with evidence level A and evidence grade 1 recommendation (GOLD, 2011).

The experience of people with COPD is an important area for intervention to RN. Providing care that optimizes rehabilitation process promotes their adaptation to the disease process, constituting a gain on quality of life, despite the limitations by the disease.

The development of special professional skills in Rehabilitation Nursing area, provided an analysis of the entire course by integrating critical thinking, sustained by scientific evidence. The skill to reflect on nursing diagnoses, the actions taken and the results observed allows to communicate and share gains throughout this journey of personal and professional growth.

Key words: Rehabilitation Nursing; Respiratory Rehabilitation; COPD

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1.DESCRICÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	28
1.1.Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	29
1.2.Domínio da melhoria da qualidade.....	32
1.3.Domínio da gestão dos cuidados.....	37
1.4.Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	41
1.5.Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	45
2.AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROJETO DE FORMAÇÃO	59
CONCLUSÃO	61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I

Fases do Modelo de Investigação Reflexiva Crítica

ANEXO II

Certificado de presença na ação de formação “O papel da nutrição em
várias patologias”

ANEXO III

Certificado de organização do Workshop “Fibrose Quística da Unidade
de Reabilitação Respiratória do Serviço de Pneumologia do Hospital de
Santa Maria”

ANEXO IV

Certificado de monitor do curso “Sistemas de ajuda na remoção de secreções”

ANEXO V

Certificado de monitor do curso “Terapêutica Inalatória - Manuseamento de aparelhos (I neb, eFlow, Pari) do workshop fibrose quística”

ANEXO VI

Certificado de presença na formação “Apresentação norma: precauções básicas controlo infeção”

ANEXO VII

Certificado de presença no curso “Gestão de risco na pessoa com AVC”

ANEXO VIII

Escala de Coma de Glasgow

ANEXO IX

Escala de Lower

ANEXO X

Escala de Espasticidade de Ashworth

ANEXO XI

Escala de Braden

ANEXO XII

Escala de Morse

ANEXO XIII

Instrumento de Avaliação Integral - RNCCI

ANEXO XIV

Escala de Borg Modificada

ANEXO XV

Saint George Respiratory Questionnaire

ANEXO XVI

Programa de treino pelo exercício

ANEXO XVII

Escalas de Mahler

APÊNDICES

APÊNDICE I

Projeto de formação

APÊNDICE II

Guiões de entrevista - EEER e Enf. Chefe (Estágio vertente sensório-motora)

APÊNDICE III

Guiões de entrevista - EEER e Enf. Chefe (Estágio vertente Reabilitação Funcional respiratória - HSM)

APÊNDICE IV

Guiões de entrevista - EEER e Enf. Chefe (Estágio vertente Reabilitação Funcional respiratória - HPV)

APÊNDICE V

Diapositivos da sessão de formação relativa ao tema “Úlcera de pressão – prevenção”

APÊNDICE VI

Reavaliação de utentes ECCI

APÊNDICE VII

Panfletos e impressos de registo referentes ao rastreio “Diabetes e HTA”

APÊNDICE VIII

Cronograma de atividades

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no 4º curso de mestrado em enfermagem com área de especialização de enfermagem em reabilitação surge o presente relatório. Surge, na sequência do projeto de formação inicialmente delineado (ver apêndice I), e que serviu como ponto de partida para desenvolver e adquirir competências necessárias ao desenvolvimento profissional, académico e pessoal. As competências profissionais a desenvolver enquadram-se nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação¹ (EEER). As competências académicas a desenvolver - no âmbito do 4.º curso de mestrado em enfermagem com área de especialização em enfermagem de reabilitação - enquadram-se, com base no pensamento crítico e reflexivo, nas competências do 2º ciclo (Grau de Mestre), enunciadas no Processo de Bolonha.

A adequação dos cuidados de enfermagem à população passa pela resposta adequada às suas necessidades. Com base nesta premissa, a OE (Ordem dos Enfermeiros) desenvolveu o modelo de desenvolvimento profissional (MDP), na perspectiva de se tornar uma referência para os cuidados de enfermagem. O MDP “assume particular relevância e os seus eixos estruturantes - a certificação de competências e a individualização das especialidades - constituem-se como importantes mecanismos de regulação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Neste sentido, considerando que a reabilitação respiratória da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) condiciona a progressão e controlo da doença, a experiência vivida pela pessoa com DPOC apresenta-se como uma problemática de especial interesse. A aplicação de programas de reabilitação respiratória nos doentes com DPOC, área de intervenção de excelência do EEER, constitui uma abordagem terapêutica com constituindo-se uma abordagem terapêutica com nível de evidência A e grau recomendação I (GOLD, 2011). Oh & Seo (2007), citando Lertzman & Chemiak (1976), Jensen (1983), Griffiths et al.

¹ Regulamentos nº 122/2011 e 125/2011, publicados no D.R. n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

(2000), referem ainda que a aplicação de programas de reabilitação respiratória reduz a ocorrência e o tempo de internamento hospitalar.

De acordo com dados apresentados no relatório de 2012 do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, na população portuguesa verifica-se uma prevalência de 14,2% em indivíduos com mais de 45 anos, o que sugere a existência provável de 800.000 portugueses com DPOC, nos seus diversos estádios.

Estima-se ainda que até 2020 a DPOC será a quinta entre as condições com o maior fardo para a sociedade em toda a escala mundial. Isto irá resultar numa pressão crescente sobre o sistema de saúde (Blackstock & Webster, 2006).

Neste contexto, a DPOC apresenta-se como um grave problema de saúde pública, que importa valorizar de forma a desenvolver planos terapêuticos e de intervenção que envolvam a comunidade e equipas de saúde multidisciplinares com formação específica.

O plano terapêutico dos doentes que sofrem desta patologia inclui medidas como a desabituação tabágica, a inaloterapia, a corticoterapia e a associação de outros fármacos, os cuidados de hidratação e nutrição, a oxigenoterapia de longa duração (OLD), a ventilação não invasiva (VNI), a **reabilitação respiratória** (RR) e a cirurgia de transplante pulmonar. Estas ações têm o intuito de evitar a progressão da doença, aliviar a sintomatologia, prevenir e tratar agudizações e complicações, melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida (Cardoso, et al., 2008).

“Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de ajudar os doentes e seus cuidadores, no estabelecimento de um plano de cuidados que assista o doente durante toda a evolução da doença” (Norma nº 28/2011 de 30/09 da DGS).

No âmbito da reabilitação respiratória, na constituição da equipa consideram-se indispensáveis: o pneumologista, o fisiatra, o enfermeiro de reabilitação e o fisioterapeuta; devendo o grupo ideal incluir também psicólogo, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional (Circular informativa nº40ª/DSPCD de 27/10/2009 da DGS).

O intervenção do enfermeiro centra-se na elaboração, em cooperação com os outros técnicos da equipa multidisciplinar, de um plano terapêutico global para o cliente, em que este é um parceiro e o fulcro da sua atuação, ajudando-o na responsabilização pela manutenção da sua saúde como ator privilegiado na tomada

de decisão. Assim, o enfermeiro formula diagnósticos de enfermagem e propõe intervenções centradas na relação terapêutica, como forma de garantir o auto controle e o autocuidado do cliente, onde a adoção de um estilo de vida mais saudável, pelo recurso ao exercício físico, a uma alimentação saudável e cessação tabágica são de realçar (Diez, 2013).

Como disciplina com intervenção na área da saúde a Enfermagem tem como alvo de cuidar a Pessoa, ser complexo, único, em interação permanente com o meio que a rodeia. A pessoa é assim definida como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 6). De acordo com Martires (2003), a pessoa deve ser entendida numa dimensão holística, surgindo duas premissas básicas: a pessoa reage sempre como um todo unificado; a pessoa, como um todo, é diferente de, e mais, do que a soma das partes.

Encarar a Pessoa, numa dimensão holística, como o alvo dos cuidados de enfermagem é o caminho orientador da individualização dos cuidados. Segundo Radwin & Alster (2002) a individualização dos cuidados de enfermagem baseia-se no princípio de que as pessoas doentes devem ser cuidadas tendo em conta a sua unicidade, considerando as suas experiências, comportamentos, sentimentos e percepções.

Neste sentido, as conceções atuais de enfermagem orientam-se e centram-se na pessoa. Como tal, a boa prestação de cuidados (cuidados de qualidade) envolve uma componente de humanização e, à competência técnica do enfermeiro, deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social (Simões M. , 1995).

Sendo o foco do projeto delineado a pessoa com DPOC, considera-se que sendo-lhe atribuído o diagnóstico de uma doença respiratória crónica e incapacitante, tem enorme potencial para sofrer alterações profundas na sua qualidade de vida. A abordagem de enfermagem é centrada na pessoa com DPOC e no que a rodeia, encarando-a como um ser-bio-psico-social, cultural e espiritual (visão holística), através dos cuidados que presta.

Na fase de desenvolvimento do projeto foram selecionados **locais de estágio** onde fosse possível prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação nas áreas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação sensório-motora, tendo-se proposto realizar o estágio nos seguintes locais: (1) Centro de Saúde Maфра (CSM)/Equipa Cuidados Integrados na Comunidade (ECCI); (2) Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), no Hospital de Santa Maria (HSM)/Unidade de Readaptação Funcional Respiratória (URFR) e Hospital Pulido Valente (HPV)/ Unidade de Insuficiência Respiratória (UIR).

Na escolha dos locais de estágio teve-se em consideração a missão dos serviços, mas também a possibilidade de adquirir um leque variado de aprendizagens resultantes do contacto direto com os contextos de prestação de cuidados, e que permitissem atingir os objetivos inicialmente delineados no já referido projeto de formação.

A UIR e a URFR, integrados no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), têm como missão: Prestar cuidados de saúde nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças do foro respiratório, quer em ambulatório, quer em regime de internamento.

A ECCI, integrada na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), tem como missão: prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Tem também uma forte vertente de reabilitação face à intervenção da equipa multidisciplinar junto a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento.

Previu-se que, nos campos de estágio, ao trabalhar em diferentes equipas, fosse fundamental basear as atividades de enfermagem num modelo comum, que possibilitasse a aplicação do processo de enfermagem centrando os cuidados na pessoa, conseguindo assim vantagens não só para a equipa, como também para a pessoa – centro dos cuidados – e, como tal, adotou-se o **modelo conceptual de Virgínia Henderson**. Henderson (1966) definiu a enfermagem em termos funcionais defendendo que é função da enfermeira:

Assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio

caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível (Tomey & Alligood, 2004, p. 114).

A enfermagem de reabilitação tem como **objetivos** gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto – estima (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

O cliente e o processo de enfermagem são dois dos domínios do conhecimento em enfermagem. As teorias de enfermagem, no seu conjunto, defendem que a enfermagem enquanto ciência se centra na pessoa cujas necessidades não estão satisfeitas devido a doença ou na pessoa que necessita de ajuda em manter ou melhorar o seu bem-estar. A pessoa, conceito central em enfermagem, é o cliente, ser humano com necessidades que está em interação constante com o meio envolvente ao qual tem a capacidade de se adaptar, contudo, devido a doença, risco ou vulnerabilidade, está em desequilíbrio. Este desequilíbrio manifesta-se através das necessidades não satisfeitas, incapacidade para se autocuidar e respostas não adaptadas por parte do indivíduo (Tomey & Alligood, 2004). De acordo com Cestari (2003), as intervenções de enfermagem perante um determinado cliente inserem-se num determinado contexto que é complexo, exigente e cujo exercício pressupõe o domínio de determinados conhecimentos. Nenhuma forma de conhecimento é uma entidade independente, não tendo valor sem existir um conhecimento aprofundado da pessoa e do contexto socio-cultural em que se insere. Neste sentido, o processo de enfermagem permite uma avaliação do diagnóstico, do planeamento e da avaliação, com o objetivo final de estabelecer e alcançar objetivos. O processo de cuidados na prática clínica é, assim, um processo de interação onde o centro é a pessoa, onde o enfermeiro possui conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla.

O cliente como um ser humano que precisa de ajuda para obter independência; as catorze necessidades humanas básicas que permitem nortear a intervenção dos cuidados de enfermagem, e a prática de uma enfermagem autónoma, interdependente e intencional (Tomey & Alligood, 2004) foram os principais pressupostos do modelo da independência na satisfação das necessidades fundamentais de Virgínia Henderson. A opção por esta teórica nortear a intervenção

dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e, como tal, o projeto de formação delineado.

Segundo Adam (1994), citado por Silva & Graveto (2008, p. 67):

todos os profissionais de saúde têm um objectivo comum: manter e melhorar a saúde e o bem-estar. Contudo, esse objectivo, para que todos tendem, abrange finalidades próprias de cada profissão, que importa clarificar. Compete, pois, a cada um justificar a sua presença na equipa, dando a conhecer, não só por palavras mas também por actos, a natureza do seu contributo pessoal e profissional para a melhoria da saúde.

Os mesmos autores defendem que os Modelos Teóricos de Enfermagem contribuem para a emancipação da profissão, ao levarem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da Enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes poderá surgir.

Os Enfermeiros de Reabilitação mais bem sucedidos, são aqueles que estão preparados para avaliar o sistema de cuidados de saúde de uma outra cultura, o que significa uma correta avaliação do contexto, do processo, do significado e de modelos de explicação, antes de fazer quaisquer juízos ou iniciar intervenções (Hoeman, 2000).

Virgínia Henderson, citada por Tomey & Alligood (2004, p.114) não definiu a saúde mas equiparou-a à independência, referindo que “é a qualidade da saúde e não a própria vida, a margem de vigor mental/físico que permite a uma pessoa trabalhar com maior eficácia e obter o nível de satisfação potencial mais elevado na vida.”

Segundo Virgínia Henderson, a planificação de cuidados de enfermagem deve estar centrada em três postulados fundamentais: o de que todo o ser humano deseja a independência e tende para ela, que o indivíduo é um todo com necessidades fundamentais e que pelo facto de uma necessidade não estar satisfeita, o indivíduo não está completo nem independente (Adam, 1994). A pessoa, mesmo não estando completa ou não sendo independente, pode ser autossuficiente, ou seja, o importante não é estar completa, mas sim estar dentro da limitação individual, e que cada um consiga viver com a sua limitação, o seu dia-a-dia.

Este modelo conceptual centra-se na satisfação das seguintes catorze necessidades humanas fundamentais, nas suas dimensões bio-psico-socio-culturais: respirar; comer e beber; eliminar; manter a temperatura corporal; vestir e despir;

estar limpo e proteger os tegumentos; movimentar-se e manter uma postura correta; evitar os perigos; comunicar com os seus semelhantes; dormir e repousar; agir segundo as suas crenças; aprender, ocupar e recrear.

A preocupação com a satisfação das necessidades foi muitas vezes associada a uma visão redutora dos cuidados de enfermagem. De acordo com Rosa & Basto (2009), o significado que é dado a “necessidades” é de deficit humano, falta de algo que pode ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros e para Virgínia Henderson o sentido de necessidade era o de *requirement* e não o de *lack*. Com base na hierarquia das necessidades de Maslow, construiu-se uma teorização dos cuidados de enfermagem, que se enquadra no conceito de saúde idealizado e caracterizado por parâmetros mensuráveis e numa visão da função dos profissionais de saúde como sendo detentores do saber e do poder. Uma linha de pensamento muito próxima do pensamento médico da época.

No entanto, Tomey & Alligood (2004), citando Virgínia Henderson, referem que não se encontra uma definição específica dessas necessidades mas, segundo Henderson, **a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem** e o enfermeiro deve ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades, o mais cedo possível, entendendo por necessidade o requisito ou exigência e não a falta.

Ao estudar a influência que o modelo de Virgínia Henderson tem na formação de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, Gomes (2008) refere que os conceitos de reabilitação não estão direcionados para a doença/deficiência, numa abordagem conducente ao modelo biomédico, mas sim à volta de três níveis (órgão, pessoa, sociedade). Neste sentido a determinação das necessidades e a avaliação dos resultados deve ser consciente com os vários domínios funcionais (físico, mental, emocional e social), e a intervenção do enfermeiro não pode ser direcionada exclusivamente para a recuperação ou adequação à limitação física, mas tem que estabelecer uma abordagem integradora em que o próprio indivíduo seja protagonista do seu processo de reabilitação.

De acordo com o mesmo autor, isto permitirá que o doente mobilize as suas próprias energias físicas, psicológicas e sociais, repercutindo-se no processo de recuperação e reintegração social.

Silva & Graveto (2008), citando Adam (1994), defendem que os modelos teóricos de enfermagem contribuem para a emancipação da profissão ao levarem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da Enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes pode surgir. Nesse sentido, tendo em consideração o processo de formação como EEER, e pretendendo atingir um nível de cuidados associado a um elevado desenvolvimento teórico e de experimentação de conceitos, considerou-se que nenhum modelo unificado, ou de teorias, é adequado ou suficiente para servir um paradigma único para a enfermagem profissional. Apesar de se ter adotado o modelo conceptual de Virgínia Henderson, pretendeu-se fazer uma abordagem aos diferentes modelos teóricos, centrando a prestação de cuidados na pessoa e ajustando o modelo que melhor se enquadra à situação apresentada.

A Enfermagem de Reabilitação foi definida por Stryker (1977) como “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida” (Hoeman, 2000, p. 3). Para Chin, Rosebrough, & Finocchiaro (1998), este processo envolve ainda a educação e o desenvolvimento do autocuidado por parte do cliente, tendo como objetivo assistir a pessoa com desvantagem/deficiência ou doença crónica de forma a atingir a aptidão máxima possível, a manutenção/otimização da saúde e a adaptação de estilos de vida. Assim, todo o EEER, segundo Hoeman (2000), deverá ter uma função preponderante de: educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa.

O presente relatório de estágio tem como **objetivos** gerais: refletir, expor, compreender e relacionar os conhecimentos teóricos e competências desenvolvidas nos diferentes campos de estágio, e de que forma essas competências permitem/permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados que promovam / otimizem o processo de reabilitação nas diferentes dimensões da pessoa com DPOC; expor o percurso, estratégias e atividades utilizadas no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas que permitam prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação nas áreas de

reabilitação funcional respiratória e reabilitação sensório-motora. Apresenta-se assim como elemento agregador das experiências clínicas de 3 diferentes contextos de estágio.

O relatório está organizado em dois capítulos: o primeiro capítulo reúne a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas; o segundo, contempla a avaliação de todo o processo de aplicação do projeto de formação. Segue-se uma breve conclusão.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A utilização do conceito de competência tem sido uma constante ao longo da implementação do projeto de formação.

Etimologicamente a palavra “competência” deriva da expressão indo-europeia *pot* (pete), explícita na palavra latina *competere*. Esta tem duas acepções: (1) convir, reunir a, estar em estado de ou ser conveniente para, criar ou juntar condições adequadas a; (2) rivalizar, com o sentido de poder e que conduz à noção de competir (Gaspar, 2004).

Sendo utilizado nos mais variados contextos (profissional, académico, social, político, entre outros), verifica-se que o conceito de competência tem diferentes significados em três campos distintos: linguístico, sociológico e educativo. No processo de aquisição e desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), a tendência será adotar o significado educativo. Como tal, será que faz sentido diferenciar a perspetiva académica da perspetiva profissional?! De acordo Gaspar (2004) a tendência é cruzar as duas preceptivas, pois se a perspetiva académica não convergir na profissional, apresenta-se redutora. Na perspetiva da Educação, Gaspar (2004) citando o movimento designado por Competencies Based Teacher Education define competência como algo adequado ao desempenho proposto ou qualificado legalmente para “ser admitido a” ou “como ser capaz de”.

O conceito é gerador das mais variadas interpretações e remete-nos frequentemente para a análise de outros conceitos relacionados. No contexto de implementação do projeto de formação, convém salientar que para Alarcão & Rua (2005, p.375) competência é “saber o que fazer em cada situação concreta”.

No desenvolvimento de competências como EEER, e tendo em consideração a problemática em estudo, considerou-se fundamental adotar a abordagem teórica de enfermagem desenvolvida por Patricia Benner, e o seu modelo de desenvolvimento de competências.

Tendo como ponto de partida a prática clínica, Patricia Benner, apoiando-se no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus e Dreyfus de 1980, procura

descrever o conhecimento que a prática clínica proporciona e qual a diferença entre esse conhecimento e o teórico. Para Barnum (1990) e Benner (1984), o crescimento de uma disciplina prática “consiste no alargamento dos conhecimentos práticos (know-how) através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento do ‘know-how’ existente desenvolvido por meio da experiência clínica na prática dessa disciplina” (Tomey & Alligood, 2004, p. 187).

No momento de desenvolvimento do projeto de formação delinearam-se objetivos específicos, atividades, indicadores e critérios de avaliação a atingir nos diferentes campos de estágio (Ver apêndice I), tendo como principal linha orientadora as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação, definidas pela OE.

De seguida efetua-se a descrição e análise das atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio, em função do respetivo domínio de competências e dos objetivos específicos delineados.

1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Perspetivando desenvolver as competências definidas pela (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) para o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal², delinearam-se como objetivos específicos a atingir:

- Integrar a equipa multiprofissional de reabilitação, promovendo a continuidade de cuidados ao doente com DPOC;
- Integrar na equipa multidisciplinar do serviço, na sua organização de trabalho, no seu espaço físico e nos seus circuitos.

Benner (2001) refere que na educação dos enfermeiros, essencialmente os principiantes, existe a necessidade de contextualizar a prática clínica, no sentido da definição de prioridades, pois as suas intervenções iniciam-se por critérios mais generalistas, sendo posteriormente pela prática experienciada que adquirem um nível mais elevado de competência, promovendo assim a capacidade de especificar o conhecimento.

² (A1) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; (A2) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Para atingir os objetivos específicos referidos atrás foi fundamental efetuar um estágio de observação em cada um dos diferentes contextos de estágio, tornando possível realizar a avaliação inicial do contexto. Perspetivando a integração da equipa multiprofissional³ de reabilitação, desenvolveram-se algumas orientações para aplicação de entrevista de preparação para os estágios, tendo essas orientações ganho forma em diferentes guiões de observação e guiões de entrevista que se aplicaram na ECCI (Ver apêndice II), URFR (Ver apêndice III) e UIR (Ver Apêndice IV).

Para integrar a equipa multidisciplinar de reabilitação, no contato inicial que se efetuou com os orientadores de estágio foi apresentado o projeto de formação, disponibilizando-se uma cópia do mesmo. Neste momento, traçaram-se objetivos, redefiniram-se metas e sobretudo conseguiu-se delinear um plano de ação para que, tal como se encontra definido no Artigo 78.º do código deontológico dos enfermeiros, as intervenções de enfermagem fossem realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Sendo uma profissão autoregulada, a enfermagem tem definido tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício. Como tal, independentemente da atividade que o enfermeiro executa, estes documentos definem os direitos e deveres inerentes ao desempenho das suas funções e exigindo um rigoroso cumprimento dos princípios éticos.

Nos diferentes campos de estágio podem identificar-se vários exemplos onde se tornou necessário defender os princípios éticos e legais. O tratamento, gestão e garantia de confidencialidade da informação relativa aos utentes são exemplo disso.

³ Neves (2012), citando Rocha e Almeida (2000) e Humphris (2007), afirma que a modalidade de trabalho pode ser **multiprofissional**, referente à recomposição de diferentes processos de trabalho fundamentada na interdependência técnica do exercício profissional para a qualidade da intervenção em saúde, ou **interdisciplinar**, com integração das várias disciplinas e áreas do conhecimento profissional na resolução dos problemas de saúde; A **multiprofissionalidade** diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, e a **multidisciplinaridade** refere-se à conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos decisórios.

Nos diferentes campos de estágio considera-se atingido o objetivo de “Integrar na equipa multidisciplinar do serviço, na sua organização de trabalho, no seu espaço físico e nos seus circuitos”. Conheceu-se a visão, missão e valores, da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCCI) e do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). Contactou-se e colaborou-se com projetos em curso, objetivos e indicadores de desempenho dos diferentes serviços (ECCI-Mafra, URFR e UIR), que são descritos mais pormenorizadamente nas unidades de competência seguintes. Participou-se em reuniões da equipa multidisciplinares, quer na ECCI, quer na UIR, analisando as estratégias adequadas de apoio e a capacidade de resposta da equipa à satisfação das necessidades da pessoa, quer dos seus cuidadores e familiares. Integrou-se nas diferentes valências dos serviços onde se realizou estágio: Na ECCI, os cuidados eram prestados em contexto domiciliário; Na URFR, prestaram-se cuidados quer em regime de ambulatório (ginásio e gabinetes de reeducação funcional respiratória) quer em regime de internamento; Na UIR, prestaram-se cuidados na unidade de cuidados intermédios e enfermaria. Em todos os campos de estágio existiu ainda a possibilidade de acompanhar o circuito completo de, pelo menos, um doente, desde a admissão até à alta. Participou-se como elemento ativo nas passagens de turno, consultou-se os documentos do serviço existentes (manuais/protocolos/normas), utilizou-se instrumentos de registo como os de transferência/alta e de encaminhamento para a comunidade ou outras organizações de saúde. Tomou-se conhecimento dos recursos materiais/equipamentos (localização, utilização e manuseamento).

A responsabilidade profissional integra uma vertente individual e uma vertente coletiva e da ligação de ambas obtém-se a consciência do dever agir em Enfermagem (Sousa, 2008). Desta forma, entende-se que integrar a equipa multiprofissional e multidisciplinar é fundamental para desenvolver e adquirir competências no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, tendo sempre como foco a individualidade da pessoa.

1.2. Domínio da melhoria da qualidade

Perspetivando desenvolver as competências definidas pela (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) para o domínio da Domínio da melhoria da qualidade⁴, delineou-se como objetivo específico a atingir:

- Avaliar situações de risco tendentes ao desenvolvimento de incapacidades e delinear estratégias preventivas.

A qualidade dos cuidados de saúde tornou-se uma preocupação das entidades reguladoras da saúde. Em Portugal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou que o plano nacional de saúde (PNS) 2001-2004 “não se concentra o suficiente na qualidade e segurança dos serviços de saúde” (WHO, 2010) (tradução do autor), verificando-se que no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 a qualidade em saúde adquiriu novamente relevo e é definida com um dos eixos estratégicos para o sistema de saúde português.

A “qualidade em saúde” entrou de forma bem cimentada nos várias organizações de saúde mas nem sempre é fácil ouvir uma definição clara e consensual por parte dos profissionais.

Sendo um objetivo a atingir, o primeiro passo a adotar é então definir o conceito. Saturno, Imperatori, & Corbella (1990) definem a “qualidade em saúde” como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. A “adesão e satisfação do cidadão” tornam a definição de “qualidade em saúde” muito subjetiva, pois é influenciada pelas características individuais da pessoa (ou cidadão, segundo o autor). Na opinião de Hesbeen (2001), a percepção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana, sendo extremamente variável ou evolutiva.

Esta “preocupação” com a qualidade dos cuidados de saúde revelou a necessidade de se implementar sistemas de monitorização da qualidade dentro das organizações. Ao nível dos cuidados de enfermagem, levou a OE a definir padrões

⁴ **(B1)** Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; **(B2)** Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; **(B3)** Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

de qualidade e que conduzam à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Tendo adotado um enquadramento conceptual (a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem), definiram-se enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem) que pretendem explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Associado ao conceito de qualidade aparece assim o conceito de governação clínica. Introduzido pela primeira vez na saúde pelo Serviço Nacional de Saúde Inglês (National Health Service), durante a década de 90, o conceito de governação clínica surge como parte da estratégia de modernização desse sistema de saúde. No contexto do National Health Service (NHS), a governação clínica foi entendida como um sistema através do qual as organizações pertencentes ao NHS são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e salvaguardar elevados padrões de cuidados, criando um ambiente em que promova a excelência dos cuidados (Scully & Donaldson, 1998). De acordo com os mesmos autores, é um sistema que permite melhorar os padrões de funcionamento dos serviços clínicos e da prática clínica, baseado num conjunto de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes) para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais se responsabilizem pelos atos da sua prática clínica.

Em Portugal, a governação clínica teve maior visibilidade quando em 2002 teve início a empresarialização hospitalar. Nesse momento a governação do sector hospitalar público transitou de um modelo de governação em saúde burocrática/administrativa para um modelo de cariz mais empresarial. Tendo como referência várias organizações internacionais, foram produzidos pelo governo documentos que emanaram algumas orientações a seguir pelas organizações de saúde e criou-se o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), com o objetivo de procurar analisar o que acontece no sistema de saúde, desde os processos de governação até às ações dos principais atores da saúde. O OPSS

reúne a evidência que suporta os processos de governação, ações e os seus resultados, e desde 2001 produz o relatório de primavera⁵.

Assim, ao repensar a organização da rede hospitalar nacional, atribuiu-se-lhe um papel de destaque uma vez que o modelo de governação clínica adotado nestas organizações de saúde seria alargado às restantes organizações do serviço nacional de saúde.

Foi criado um grupo de trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), que se debruçou sobre o tema da Governação dos hospitais, e do relatório produzido destacam-se as conclusões relativamente ao conceito e necessidade da Governação:

1. Os hospitais devem assumir e implementar os princípios da governação clínica e da corporate governance, de forma a que qualidade dos cuidados prestados, incluindo a segurança dos doentes e o combate ao desperdício sejam uma preocupação e uma responsabilidade partilhada entre profissionais de saúde e gestores e um critério primordial, em relação com todas as mudanças ao nível das estruturas e dos processos na organização;

2. A governação dos hospitais deve inscrever-se num quadro mais global de governação dos cuidados de saúde, de forma que o desenho, articulação e integração das vários tipos de estruturas e redes tenham também como critérios principais a prestação de cuidados de excelência, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício de acordo com a melhor evidência existente e segundo níveis de responsabilidade claramente definidos. (ARSLVT, 2009, p. 9)

Os conceitos anunciados atrás guiaram as atividades a desenvolver no âmbito do domínio de competências a atingir ao longo do estágio. Tal como se definiu no projeto de formação, foi possível colaborar na implementação de instrumentos de avaliação da dor, mais especificamente na avaliação (recorrendo a escalas de avaliação como a “Escala Numérica” e “Escala Qualitativa”) e controlo da dor.

Cienciarullo (1997) refere que a partir da organização das actividades de enfermagem, sob a designação de processo de enfermagem, os enfermeiros desenvolvem um sistema formal que fundamente a avaliação da qualidade dessas acções.

⁵ O relatório de primavera é produzido anualmente e consiste num documento síntese da evolução do sistema de saúde português.

Ao longo dos vários estágios, optou-se por aplicar o processo de enfermagem utilizando o modelo teórico de Virginia Henderson. E a aplicação do processo de enfermagem, a partir do levantamento de dados e determinação de diagnósticos de enfermagem, com base no modelo atrás referido, foi assim uma das atividades delineadas no projeto de formação e que permitiu intervir não só no âmbito do conteúdo funcional da carreira de enfermagem (Decreto Lei 437/91 de 8 de Novembro) através da utilização das quatro fases do processo de enfermagem⁶, mas sobretudo no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa (identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual).

No projeto de formação perspetivou-se que em estágio fosse possível desenvolver um instrumento (impresso) próprio de registo do plano de reabilitação. Esta foi uma atividade que não foi possível realizar pois – em qualquer um dos serviços onde decorreu o estágio – o enfermeiro orientador e o enfermeiro-chefe foram da opinião que não seria adequado alterar os instrumentos de registo atuais.

Desenvolveram-se assim outras atividades (descritas de seguida) que permitiram melhorar os cuidados de enfermagem nos serviços onde decorreu o estágio.

Definiu-se como um dos critérios de avaliação do domínio de competências em análise: Participar em uma ou mais ações de formação em serviço relativo à temática “Avaliação da dor”, mas à data dos estágios, os responsáveis de serviço não consideraram a temática “Avaliação da dor” como uma necessidade.

Teve-se bem presente o cariz flexível e passível de mudança associado ao projeto de formação e, como tal, os constrangimentos atrás referidos foram encarados com otimismo e foram redefinidas algumas das atividades inicialmente planeadas. Após uma nova avaliação do contexto de estágio, diagnosticaram-se algumas necessidades de formação e, conseguindo manter o foco de atenção na qualidade dos cuidados e reabilitação da pessoa, a temática “Avaliação da dor” deu lugar à temática “Úlcera de Pressão – Prevenção”.

⁶ Avaliação inicial, Planeamento, Execução e Avaliação final.

Sabe-se que a perda de integridade da pele desencadeada por pressão prolongada de uma proeminência óssea sobre os tecidos é uma complicação que, independentemente da sua etiologia, prolonga o período de institucionalização da pessoa. Consequentemente, interfere com a capacidade para o autocuidado, prejudica o processo de reabilitação e, em casos mais graves, coloca a vida da pessoa em risco. Face ao exposto, considerou-se pertinente investir nesta temática.

Em colaboração com dois outros elementos da equipa de enfermagem da UIR-HPV elaborou-se assim um plano de sessão de formação relativa ao tema “Úlcera de Pressão – Prevenção”. A sessão de formação decorreu na sala de enfermagem e teve como população alvo todos os enfermeiros da UIR-HPV. A seleção dos participantes efetuou-se de forma seletiva e com o objetivo de, ao longo de 3 a 4 semanas, todos os enfermeiros do serviço acederem à formação. Recorrendo ao método expositivo (técnica da exposição) (Ver apêndice V), método demonstrativo (técnica da demonstração) e método ativo (técnica da simulação), ao longo de uma semana, foram ministradas 3 sessões de formação. A chegada da data prevista para o final do estágio impossibilitou o acompanhamento das restantes sessões de formação. Tendo-se considerado previamente este limite temporal, teve-se uma especial preocupação com a capacidade dos enfermeiros do serviço poderem replicar a mesma. Assim, o trabalho iniciado viu assegurada a sua continuidade como programa de melhoria contínua da qualidade.

Considera-se que ao longo dos diferentes campos de estágio as atividades desenvolvidas permitiram caminhar para atingir as competências definidas no domínio da melhoria da qualidade, o que permitiu atingir o objetivo de “Avaliar situações de risco tendentes ao desenvolvimento de incapacidades e delinear estratégias preventivas”.

1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Perspetivando desenvolver as competências definidas pela (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) para o Domínio da gestão dos cuidados⁷, delinearam-se como objetivos específicos a atingir:

- Gerir os cuidados de enfermagem e saber coordenar e desenvolver projetos de intervenção;
- Gerir a informação de forma adequada à autonomia e autodeterminação da pessoa com DPOC ao longo de todo o processo de transição.

Da obrigação legal de ser responsável pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Decreto Lei 437/91 de 8 de Novembro), emanam implicações a vários níveis, tal como a prestação de cuidados gerais, cuidados especializados e sobretudo na área da gestão, tal como se refere no enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Considera-se que gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento (Escoval, 2003).

Entende-se o gestor como um profissional provido de uma formação ampla e diversificada, conhecedor de várias questões que interagem com as pessoas na execução de tarefas, no planeamento e no controlo, quer sejam colaboradores quer se encontrem numa posição hierárquica superior (Chiavenato, 2002).

Desta forma, considerando que o profissional de enfermagem detém conhecimentos técnicos complexos que se associam à interação enfermeiro/utente e enfermeiro/profissionais de saúde, o enfermeiro, ao gerir, e enquanto gestor de cuidados, apresenta-se como ator fundamental nas transformações que ocorrem nas organizações de saúde, influenciando toda a estratégia organizacional. É expectável que os profissionais e os gestores detenham as habilitações e a disponibilidade para

⁷ **(C1)** Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; **(C2)** Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

o trabalho em equipas multiprofissionais, e também a partilhem os conhecimentos, tais como os que conduzem à capacidade de liderança, e os saberes que lhes permitam utilizar, de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor (Escoval, 2003).

Os conceitos anunciados atrás guiaram as atividades a desenvolver no âmbito do domínio de competências a atingir ao longo do estágio. Tal como se definiu no projeto de formação, foi possível integrar diferentes áreas de conhecimento e intervenção: admissão de doentes, gestão de agendas, registo de atividades, passagem de ocorrências, reunião de equipa, relação interdisciplinar.

A admissão de doentes, foi uma das atividades realizada em qualquer um dos campos de estágio e que merece uma especial atenção. Apesar da pressão que os profissionais sentem em hipervalorizar as componentes administrativas associadas ao momento de admissão da pessoa ao serviço de prestação de cuidados, independentemente do contexto em que se prestam cuidados, considerou-se que o comportamento dos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, é fundamental para que a pessoa sinta confiança e segurança. No momento da admissão o doente sente-se mais desprotegido e inseguro, pelo que se deverão desenvolver esforços no sentido de exteriorizar interesse, simpatia e compreensão no primeiro momento do doente no Hospital (Roxo, 1989).

O que mais contribui para criar um sentimento de se estar a ser considerado como uma pessoa e não como um objeto de cuidados é, antes de tudo, um acolhimento caloroso acompanhado de palavras reconfortantes (Hesbeen, 2001).

O momento da admissão é assim fundamental para que se efetue uma adequada colheita de dados. Esta é fundamental não só para conhecer a pessoa alvo de cuidados mas para que a informação colhida possa dar continuidade aos cuidados prestados pelos vários elementos da equipa.

Na gestão dos cuidados a forma como se utiliza a informação é que merece especial destaque e como tal deu-se-lhe a devida atenção no projeto de formação.

Na ECCI-Mafra os utentes podem ser admitidos após referência do hospital do SNS onde se encontram internados, do domicílio/casa ou de uma unidade de internamento pertencente à RNCCI. Quando referenciado pelo hospital, a Equipa de

Gestão de Altas (EGA) desse hospital apresenta a proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local (ECL) e posteriormente encaminhada para a ECCI. Quando referenciado por uma unidade de internamento da RNCCI, a unidade apresenta a proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local (ECL) e posteriormente encaminha para a ECCI. Quando referenciado através do domicílio/casa, o utente contacta o centro de saúde através do médico de família, enfermeiro ou assistente social, sendo a proposta de ingresso na RNCCI apresentada por estes profissionais do centro de saúde à ECL.

O primeiro contacto estabelecido entre a ECL e a ECCI é via telefone. Neste momento a informação sobre o utente a referenciar para a ECCI fica também disponível na plataforma digital da RNCCI. Apesar de ao longo do estágio se ter admitido vários doentes na ECCI-Mafra, realizaram-se quase todos os momentos associados à admissão do utente. Apenas não se estabeleceu o contacto inicial com a ECL - via telefone - porque este é feito com o telemóvel de serviço da coordenadora da ECCI. Todos os outros momentos associados à admissão do utente foram realizados, inclusivamente os registos na plataforma RNCCI, no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), no processo clínico em formato papel e no sistema de informação para as unidades de saúde (SINUS). Efetuou-se assim a gestão do processo e cuidados do utente desde a admissão até à alta, tendo na última semana de estágio atingido uma autonomia quase completa (quase porque a deslocação para casa dos utentes estava dependente de terceiros). Esse foi o momento em que se atingiu uma verdadeira articulação dentro da equipa multiprofissional, otimizando a resposta da equipa de enfermagem consoante as suas competências. Enquanto estudante de EEER, dentro de uma equipa multiprofissional, foram reconhecidos conhecimentos e competências que trouxeram ganhos em saúde para o utente.

Na URFR os utentes podem ser admitidos em regime de internamento (em qualquer um dos serviços de internamento do HSM) e em regime de ambulatório. Os utentes admitidos em regime de internamento encontram-se internados num dos serviços do HSM e após identificada a necessidade de cuidados de reeducação funcional respiratória (RFR), o médico assistente (do serviço de internamento) solicita estes cuidados através do preenchimento de um impresso (onde consta toda

a informação clínica do utente), sendo posteriormente encaminhado para a URFR. Uma vez iniciado o processo administrativo são os enfermeiros da URFR que efetuam os momentos seguintes associados à admissão do doente.

Na UIR os utentes são admitidos exclusivamente em regime de internamento. Na maior parte dos casos, em contexto de agudização de patologia respiratória. Podem ser referenciados após observação no serviço de urgência do HSM, consulta externa de pneumologia do HPV, ou outro. Uma vez admitido no serviço, o enfermeiro, em conjunto com a restante equipa, intervém nos vários momentos associados à admissão do doente. A gestão de dados é feita maioritariamente com recurso a ferramentas informáticas, nomeadamente a aplicação CPC-Glantt. Verifica-se que o processo clínico eletrónico coexiste com o processo clínico em formato papel. Os enfermeiros e dietistas efetuam todos os seus registos no processo eletrónico, mas os médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais continuam a efetuar o registo no processo clínico em formato papel.

O momento da admissão de doentes é um dos primeiros momentos em que o EEER pode utilizar os instrumentos de avaliação ao seu dispor e desta forma realizar uma colheita de dados pormenorizada, contribuindo assim para dar alguma assessoria aos enfermeiros e equipa.

Na passagem pelos diferentes campos de estágio as equipas de enfermagem manifestaram algumas necessidades específicas no âmbito da gestão dos cuidados, o que permitiu atingir os objetivos específicos delineados no projeto de formação.

Para que se possa garantir a continuidade da prestação de cuidados adequada a cada utente da ECCL, o plano terapêutico estabelecido deve ser reavaliado quinzenalmente (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011). E da necessidade de cumprir esta diretiva dentro dos prazos previstos, a equipa de enfermagem manifestou o desejo em ver desenvolvido um instrumento que auxiliasse nesta atividade. Assim, desenvolveu-se uma ferramenta informática (Ver apêndice VI), baseada no programa Microsoft Office Excel 97-2003, que permitiu dar início à gestão das reavaliações dos utentes.

A ferramenta desenvolvida tem utilização bastante simples, sendo os procedimentos a adotar pelo utilizador descritos de seguida: O utilizador apenas

introduz dados nas colunas: "Nome de utente" e "data de internamento"; Quando alguma das reavaliações fica com a respetiva célula com preenchimento vermelho significa que a reavaliação se encontra em atraso; Se a reavaliação já foi feita o utilizador apenas tem que colocar o cursor sobre a respetiva célula e carregar na tecla "delete"; Após este procedimento, a respetiva célula fica automaticamente com o preenchimento verde; Ao clicar com o cursor do rato sobre o nome do utente, o utilizador tem acesso à página *web* da RNCCI.

A ferramenta possui capacidade de ser ampliada e posteriormente poder-se-ão adicionar outras funções consideradas importantes, tais como: reavaliação de úlceras de pressão e pensos, necessidade de manter drenagem vesical permanente, entre outros.

Com a passagem pelos diferentes campos de estágio consideram-se assim atingidos os objetivos delineados no projeto de formação para este domínio de competências (referidos atrás).

1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Perspetivando desenvolver as competências definidas pela (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) para o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais⁸, delinearam-se como objetivos específicos a atingir:

- Construir e divulgar o saber em enfermagem;
- Saber selecionar as melhores práticas para cada situação.

Na tentativa de encontrar uma definição clara sobre o conceito de aprendizagem, encontraram-se várias teorias de aprendizagem e, conseqüentemente, com um vasto conjunto de definições de aprendizagem. Não se pretende fazer uma exposição pormenorizada das várias teorias sobre este conceito, nem das suas definições. No entanto torna-se pertinente fazer a contextualização do processo de aprendizagem enquanto EEER, em contexto de estágio.

⁸(D1) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; (D2) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Pela simplicidade e adequabilidade ao contexto formativo que se apresenta, considera-se a definição de aprendizagem de Dabas (1988), citada por Rubinstein (1999, p. 23):

É um processo pelo qual o sujeito, na sua interação com o meio, incorpora a informação oferecida por este, segundo as necessidades e interesses. Elabora esta informação através da sua estrutura psíquica, constituída pelo interjogo do social, da dinâmica do inconsciente e da dinâmica cognitiva, modificando sua conduta para aceitar novas propostas e realizar transformações inéditas no âmbito que o rodeia.

Neste sentido, em estágio a aprendizagem decorre em contexto profissional, pretendendo-se desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais. Perspetivando a formação para o profissionalismo, espera-se uma resposta eficaz às situações novas com que o enfermeiro se depara e que não se adequam à aplicação de um “repertório de receitas” previamente fornecidas (Perrenoud, 2002), conseguindo selecionar as melhores práticas para cada situação.

Para que se conseguisse atingir o objetivo específico delineado no projeto de formação definiram-se atividades que se revelaram demasiado abrangentes. A abrangência das atividades inicialmente planeadas não inviabilizou o desenvolvimento de competências, e para “Adaptar o autoconhecimento e conhecimento das dinâmicas do comportamento humano à singularidade e autonomia individual, no processo de adaptação à doença” foi necessário redefinir as estratégias iniciais. Nesta redefinição de estratégias existiu uma premissa fundamental no desenvolvimento de aprendizagens e capacidade de autoconhecimento e assertividade: a prática reflexiva.

De acordo com Fernandez (1997), recorrendo à reflexão acerca da prática dos cuidados que foram prestados em estágio foi possível expor o que é a enfermagem, auxiliar na prática de informar e na formação dos profissionais, conduzindo os enfermeiros a pensar crítica e construtivamente, tornando o profissional (estudante de EEER e outros) mais confiantes nas suas práticas, mais seguros e mais competentes no desempenho. A reflexão concretizou-se quer no formato escrito (reflexões críticas desenvolvidas nos diferentes campos de estágio), quer através da reflexão sobre a prática quotidiana (em conjunto com outros elementos da equipa, sobretudo com os orientadores de estágio). A prática reflexiva, a pesquisa

bibliográfica e o envolvimento dos elementos da equipa nas decisões tomadas permitiu assim adequar as respostas de uma prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

De acordo com Kim (1999), a construção da reflexão crítica em torno das práticas de cuidados de enfermagem desenvolve-se em três fases processuais. Em cada uma delas obtêm-se produtos de reflexividade progressivamente mais complexos, desde a narrativa descritiva, aprendizagem, mudança na prática, a auto-crítica e emancipação (Ver anexo I). Com as atividades reflexivas desenvolvidas conseguiu-se adquirir “conhecimento sobre processos da prática e aplicações” e “auto-consciencialização” enquanto pessoa e enfermeiro (fase reflexiva). Conseguiu-se também “aprender e mudar na prática” de prestação de cuidados, desenvolver a “auto-crítica e emancipação” (Fase crítica/Emancipatória) através do reconhecimento das limitações enquanto EEER e da procura do conhecimento que permitisse colmatar essas limitações.

No processo de aprendizagem enquanto estudante de EEER, adquiriram-se conhecimentos e técnicas no âmbito dos cuidados de enfermagem, dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, destacando-se as áreas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação sensório-motora. Este processo ficou positivamente marcado pelo desenvolvimento pessoal, pela adaptabilidade a novos contextos de cuidados e tudo o que lhes é intrínseco. A adaptabilidade aos diferentes contextos foi validada pela integração e elevado nível de envolvimento da equipa (multiprofissional), tendo as atividades concretizadas e atrás descritas sido um elemento agregador.

Na ECCI, a intervenção e o contributo no planeamento e organização do rastreio a desenvolver junto da comunidade subordinado ao tema “Diabetes e HTA” (Ver apêndice VII), permitiu atuar como dinamizador da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidar, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Com a finalidade de basear o processo de tomada de decisão e prestar de cuidados em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, aproveitou-se a oportunidade de frequentar a ação de Formação sobre “O papel da Nutrição em Várias Patologias”, que decorreu na sede da Nestlé, em Linda-a-velha, a 29 de outubro de 2013 (ver anexo II).

A passagem pela URFR permitiu dar continuidade à aquisição de competências no respetivo domínio, para tal foi fundamental a intervenção no “Workshop Fibrose Quística da Unidade de Reabilitação Respiratória do Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria” que decorreu no Hospital de Santa Maria, a 22 de novembro de 2003. Na referida intervenção, desenvolveram-se competências como organizador do Workshop (Ver anexo III) e monitor do “Curso Prático Sistemas de ajuda na remoção de secreções (Cough Assist, Acapella, Flutter, Colete VibraVest)” (Ver anexo IV) e do “Curso Prático Terapêutica Inalatória - Manuseamento de aparelhos (I neb, eFlow, Pari)” (Ver anexo V).

Na UIR, a intervenção na já referida sessão de formação relativa ao tema “Úlcera de Pressão – Prevenção” de formação permitiu, enquanto estudante de EEER, assumir um papel de agente ativo e facilitador nos processos de aprendizagem. Na procura de uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada, frequentou-se a ação de formação em serviço relativa ao tema “Apresentação da Norma atualizada sobre precauções básicas de controlo de infeção” (Ver anexo VI).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010b), o enfermeiro assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes. Desta forma, o processo de tomada de decisão está profundamente ligado à fundamentação das práticas, e a forma como o enfermeiro procura o conhecimento é fundamental para o seu desenvolvimento e aquisição de competências.

No decorrer dos estágios a pesquisa bibliográfica com evidência científica foi uma constante que acompanhou os processos de tomada de decisão, contudo utilizaram-se outras fontes de conhecimento que permitiram desenvolver uma prática baseada na evidência e conduzida por peritos em enfermagem de reabilitação. Frequentou-se o “Curso de gestão de riscos associados à pessoa com AVC” que decorreu no HPV, concluído com a nota final de 18 valores com uma duração de 43 horas (Ver anexo VII).

1.5. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Perspetivando desenvolver a **competência (J1) “Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), e tendo em consideração as respetivas unidades de competência⁹, delinearam-se como objetivos específicos a atingir:

- Planear intervenções que valorizem o potencial da pessoa, destinadas a promover o auto-cuidado, a autonomia e a qualidade de vida;
- Avaliar necessidades de cuidados da pessoa com DPOC.

O Modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus (1977), quando aplicado à enfermagem, coloca o enfermeiro especialista no estado 5: de perito, de pessoa experiente. Essas pessoas são consideradas como maleáveis e demonstram ser possuidoras de um elevado nível de adaptabilidade e competências (Benner, 2001).

Nesse sentido, apesar de na prática profissional como enfermeiro generalista prestar cuidados a doentes críticos¹⁰ em contexto hospitalar, durante o período de estágio, e enquanto futuro EEER, prestaram-se cuidados a pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em contexto domiciliário (ECCI), hospitalar (URFR e UIR) e ambulatório (URFR).

A adaptabilidade aos diferentes contextos e equipas foi uma tarefa que exigiu maleabilidade, capacidade de integração e adaptação, tendo sido facilitada pelo reconhecimento das competências enquanto EEER, quer pelos enfermeiros orientadores dos diferentes campos de estágio, quer pela restante equipa

⁹ **(J1.1)** Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; **(J1.2)** Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; **(J1.3)** Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; **(J1.4)** Avalia os resultados das intervenções implementadas.

¹⁰ Doente crítico é definido como aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)

multidisciplinar. Foi fundamental ter em consideração dois conceitos fundamentais no processo de reabilitação: funcionalidade e incapacidade.

O conceito “funcionalidade” engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, enquanto o conceito “incapacidade” inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Os referidos conceitos foram também uma referência para delinear os objetivos específicos para desenvolver as competências específicas do EEER. Nesse processo, perspetivou-se valorizar o “potencial da pessoa”, mais especificamente ajudar a pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) e para tal elaboraram-se e aplicaram-se planos/programas de reabilitação à pessoa alvo dos cuidados.

Neste sentido, considera-se que a aplicação do processo de enfermagem permite uma avaliação do diagnóstico, do planeamento e da avaliação, com o objetivo final de estabelecer e alcançar objetivos de um programa de reabilitação.

O modelo da independência na satisfação das necessidades fundamentais de Virgínia Henderson norteou a intervenção dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, e com base nesta desenvolveram-se vários planos de cuidados nos diferentes contextos de estágio.

Ao desenvolver planos de cuidados de enfermagem, identificaram-se problemas específicos, implementaram-se programas terapêuticos de reabilitação, estabeleceram-se prioridades, quantificaram-se os progressos dos utentes, avaliou-se a funcionalidade, tendo sido necessário recorrer à utilização de instrumentos de avaliação devidamente validados e que permitiram avaliar o resultado das intervenções implementadas.

Nos diferentes locais de estágio a avaliação inicial de enfermagem teve como base as necessidades humanas fundamentais, incapacidade para se autocuidar e respostas não adaptadas por parte do indivíduo. Neste sentido desenvolveu-se um documento de avaliação, norteado pelas catorze necessidades humanas fundamentais (propostas pelo modelo de Virgínia Henderson), complementado por vários instrumentos de avaliação. A avaliação do utente em função do contexto de

cuidados contemplou vários itens: Identificação do utente, hábitos de vida diária, dimensão sociocultural e familiar, dimensão pessoal, antecedentes pessoais, história da doença atual, exame objetivo, avaliação neurológica (força muscular, tônus muscular, sensibilidade, coordenação motora, pares cranianos, equilíbrio e marcha, atenção, memória e linguagem).

O **estado de consciência** refere-se à percepção que a pessoa tem de si mesma e do meio que a rodeia. Para a avaliar foi usada a Escala de Coma de Glasgow (Ver anexo VIII).

Para avaliação da **força muscular** foi usada a Escala de Lower (Ver anexo IX) que relaciona a força e resistência com a do profissional. Durante a realização da avaliação da força muscular é também possível a deteção de alterações do **tônus muscular**, e nesse sentido recorreu-se à Escala de Espasticidade de Ashworth Modificada (ver anexo X) para perceber como se classifica o tônus em cada segmento.

A **sensibilidade** pode ser inicialmente dividida em dois grandes grupos (sensibilidade superficial e profunda), sendo que estes se subdividem em sensibilidade dolorosa, térmica e tátil e sensibilidade postural e vibratória, respetivamente.

Para avaliar a **sensibilidade dolorosa** pede-se ao doente para, em decúbito dorsal, fechar os olhos e, utilizando a ponta de um lápis afiado, testar todos os segmentos começando do distal para o proximal e perguntando a discriminação da picada e o tipo de sensação que cada uma desencadeia. O estímulo deve ser cuidadoso para não ferir a pele e assim perceber se o doente apresenta analgesia (ausência de sensação de dor) ou hiperalgesia (aumento da sensibilidade dolorosa) (Koizumi & Diccini, 2007).

A **sensibilidade térmica** testa-se recorrendo a dois tubos de ensaio, um com água quente a cerca de 40º e um com água fria entre os 8º e, passando em todos os segmentos corporais num hemisfério e noutro, pedindo à doente para descrever o que sente.

Na avaliação da **sensibilidade tátil** usa-se uma compressa dobrada em quatro e tocando ao de leve num único ponto de cada vez, estando o doente de olhos fechados, pede-se-lhe para dizer se sente o contacto sobre a pele, despistando

situações de anestesia (ausência de sensibilidade tátil), hipostesia (diminuição da sensibilidade) ou hiperestesia (aumento da sensibilidade) (Koizumi & Diccini, 2007).

Na realização da avaliação da **sensibilidade vibratória** é necessário um diapasão de timbre baixo, de preferência de 128 Hz, e então para que o diapasão vibre bate-se com o mesmo na região palmar e coloca-se com firmeza sobre as proeminências ósseas, pedindo à pessoa que refira o que sente (Koizumi & Diccini, 2007).

No teste da **sensibilidade postural** pede-se para fechar os olhos e posicionam-se diferentes segmentos do corpo pedindo ao doente que posicionasse o membro do hemicorpo oposto do mesmo modo ou descrevesse como o membro está posicionado.

Para avaliar a **coordenação motora** solicita-se que, em decúbito dorsal, deslize o calcanhar de um lado ao longo da tíbia do lado oposto, no sentido cefalo-caudal, em linha reta, podendo ocorrer ondulação do trajeto na presença de comprometimento do cerebelo. Realiza-se também a prova dedo-nariz, em que se solicita ao doente que estenda e abduza o membro superior e logo de seguida toque com a ponta do dedo no seu nariz. A prova primeiro realiza-se com os olhos abertos e de seguida com eles fechados.

A **atenção** é a capacidade que a pessoa tem para manter o foco numa atividade e divide-se em: **Vigilância, tenacidade e concentração**.

A **vigilância** designa a capacidade de voltar a atenção para estímulos externos. Pode estar aumentada (hipervigil – podendo haver prejuízo para outros estímulos) ou diminuída (hipovigil – quando está desatenta em relação ao meio). A **Tenacidade** é a capacidade de manutenção da atenção sobre uma tarefa específica. Para a avaliar pede-se ao doente para bater na perna sempre que ouvisse a letra A. A **Concentração** é a capacidade de manutenção da atenção voluntária numa atividade mental e pode ser avaliada solicitando ao doente para fazer subtrações e somas consecutivas de um número (Menoita, 2012).

A memória pode ser declarativa e não declarativa. A primeira refere-se a factos e eventos que podem ser evocados conscientemente e a segunda refere-se à memória de procedimentos, hábitos ou comportamentos (Bear, Connors, & Paradiso, 2008).

Segundo Menoita (2012) avalia-se a **memória imediata** pedindo ao doente para repetir o exercício de mobilização do membro superior esquerdo que foi pedido anteriormente; a **memória recente** (de curto prazo) indicando, um acontecimento de há cinco minutos; a memória de longo prazo dizendo o que comeu ao pequeno-almoço; e a **memória remota** pedindo à doente para indicar se eram falsos ou verdadeiros os eventos passados importantes que se descreviam.

Na **linguagem** pode avaliar-se a comunicação verbal e escrita. Na comunicação verbal é avaliada a fluência do discurso (pode avaliar-se na interação com a pessoa), a nomeação (pode pedir-se à pessoa que nomeie os objetos que lhe apresentamos, uma caneta, um relógio, uma garrafa de água, entre outros) a repetição (pode pedir-se que repita uma frase que verbalizamos) e a compreensão (pode pedir-se à pessoa para realizar procedimentos simples como abrir e fechar os olhos, levantar o braço, entre outros). Na comunicação escrita é avaliada a leitura e a escrita, pode escrever-se num papel “feche os olhos” e dar à pessoa, e pedir à pessoa para escrever uma frase num papel em branco (Koizumi & Diccini, 2007). Tal como foi referido atrás norteado a avaliação dos utentes foi norteada pelas catorze necessidades humanas fundamentais do modelo de Virgínia Henderson. Não pretendendo ser exaustivo na descrição da avaliação destas necessidades, destaca-se a utilização de alguns instrumentos tais como a Escala de Braden (ver anexo XI) para avaliação do risco de úlcera de pressão, na avaliação da necessidade “Estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos”, e a escala de Morse (ver anexo XII) para avaliação do risco de queda, na avaliação da necessidade “Evitar os perigos”.

O estágio em diferentes contextos permitiu aplicar diferentes instrumentos na avaliação da funcionalidade dos utentes.

Na ECCI, destaca-se a utilização do Instrumento de Avaliação Integral (IAI)¹¹ (Ver anexo XIII). Tendo sido adotado pela RNCCI, é aplicado a todos os utentes no

¹¹ O IAI foi desenvolvido pela RNCCI em parceria com a Universidade Nova de Lisboa; Encontra-se validado pelo INA (Instituto Nacional de Administração, hoje Direção-geral da Qualificação dos Trabalhadores da Função Pública) e Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e que a caracterização dos utentes da rede através da definição de um perfil bio-psico-social (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2013).

momento da admissão, mensalmente e no momento da alta. Tem por objetivo identificar perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e hábitos de vida cujos contributos são importantes na definição de um plano individual de intervenção, com ênfase na manutenção e recuperação de capacidades.

A pessoa com DPOC mereceu especial atenção nos diferentes contextos de estágio e para “avaliar necessidades de cuidados da pessoa com DPOC”, no sentido de identificar necessidades de intervenção enquanto EEER, realizou-se uma pormenorizada avaliação da pessoa com especial atenção para a função respiratória (Avaliação subjetiva, avaliação objetiva e exames complementares de diagnóstico). A utilização de instrumentos de avaliação foi também uma constante, e apesar de a não se ter aplicado o índice de KATZ como se previu no projeto de formação, aplicaram-se instrumentos utilizados nos serviços onde decorreu o estágio tais como a escala de Borg Modificada (ver anexo XIV) e o *Saint George’s Respiratory Questionnaire* (SGRQ) (ver anexo XV).

Perspetivando desenvolver a **competência (J2) “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), e tendo em consideração as respetivas unidades de competência¹², delinearam-se como objetivos específicos a atingir:

- Desenvolver as atividades, as técnicas e os cuidados que têm potencial de reabilitação, promovendo a autonomia da pessoa;
- Orientar a pessoa com DPOC para os recursos da comunidade qualidade de vida.

A clarificação e uniformização de conceitos têm especial importância em contexto de aprendizagem, sobretudo quando se trata de conceitos que interferem em decisões políticas, na organização de uma sociedade, em questões linguísticas e

¹² **(J2.1)** Elabora e implementa programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; **(J2.2)** Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

diplomáticas (quando se trata de conceitos internacionais) e na qualidade de vida das pessoas.

O conceito “deficiência” é um desses conceitos que, ao longo da história, adquiriu inúmeros significados. Por ignorância foi muitas vezes associado a atitudes discriminatórias perante a pessoa, que inclusivamente chegaram até aos dias de hoje. Independentemente da interpretação do conceito, este sempre esteve associado a um estado de saúde. Como tal, atualmente existe um sistema internacional que classifica a saúde e os estados relacionados com a saúde: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Importa salientar que a CIF não classifica pessoas mas descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde. De acordo com a CIF, “deficiências” são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Sendo a CIF uma referência da atualidade, apresentam-se outros conceitos fundamentais para a atividade do EEER:

- “Limitações da atividade” são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades;
- “Restrições na participação” são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Da clarificação destes conceitos que adquiriram um carácter institucional advém um outro conceito, utilizado no quotidiano, e que motiva grande parte das intervenções do EEER: Atividades de Vida Diária (AVD).

As AVD definem-se como todas aquelas atividades necessárias para se viver, apropriadas para a idade, sexo e ambiente de cada Pessoa (Delisa, 1992). Fazendo uma breve análise da perspetiva histórica dos quadros teóricos de enfermagem, verifica-se que Nanci Roper, tendo como precursoras as noções de Virgínia Henderson, Ida Orlando e Hildegarde Peplau, desenvolveu um modelo de vida para conceptualizar um conjunto de atividades, com as AVD’s como critério para o modelo, fazendo uso do processo de enfermagem para as atividades de enfermagem como a prevenção, o conforto e a máxima independência nas AVD.

Para Nancy Roper as AVD's são todas as coisas que as pessoas fazem na vida quotidiana num contínuo de dependência-independência (Hoeman, 2000).

De acordo com Ermida (1996) as AVDs podem classificar-se em dois tipos: (1) Actividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), que estão relacionadas com tomar banho, vestir-se, alimentar-se, caminhar, transferir-se, comunicar, manter a continência esfincteriana (com ou sem ajuda); (2) Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), que indicam a capacidade do indivíduo ter uma vida independente dentro da comunidade onde vive e incluem a capacidade para ler, escrever, preparar refeições, realizar compras, utilizar transportes, cuidar da casa, utilizar o telefone, administrar as próprias finanças, tomar os seus medicamentos.

Considerando-se que um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado, assume-se este como uma actividade executada pelo próprio, tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida, atingindo assim um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito à funções do corpo e à atividade e participação (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Perspetivando atingir os objetivos específicos definidos para este domínio de competências, delinearam-se atividades a desenvolver. Estas foram definidas no projeto de formação e estando obviamente associadas à implementação do processo de enfermagem e programas de reabilitação personalizados para os utentes nos diferentes contextos de estágio, existiu necessidade de redefini-las. A redefinição de estratégias e atividades para a competência em análise são apresentadas de seguida.

Na elaboração e implementação das atividades de enfermagem foi fundamental a utilização de ferramentas para de avaliação que permitissem monitorizar a evolução dos utentes. No projeto de formação planeou-se a utilização do índice de KATZ como ferramenta de avaliação e indicador do grau de independência conquistado pelo utente nas AVDs. Pretendendo-se atingir uma integração plena na equipa, utilizou-se o instrumento de avaliação funcional implementado na ECCL, o IAI, com especial atenção nos itens “Locomoção”, “Autonomia Física”, “Autonomia Instrumental” e “Hábitos”. A integração dos resultados quantitativos da avaliação

com os restantes dados da colheita de dados, permitiu trabalhar com o utente e a família para definir o significado dos compromissos para as suas vidas.

Na ECCI os planos de reabilitação desenvolvidos as intervenções de enfermagem incidiram tanto no treino de AVDs como AIVDs, destacando-se: treino para fazer telefonemas adequadamente, capacidade para compreender e auto-administrar medicamentos (sobretudo Inulina), processo de aprendizagem para vestir-se ou tomar banho, levantar, transferência e marcha. O ensino e envolvimento de familiares foi uma constante nestes processos, bem como o encaminhamento do utente para os recursos da comunidade, tais como o “Banco de dispositivos e materiais da proteção civil” que tem ao dispor da população um vasto conjunto de ajudas técnicas (Ajudas para o treino de capacidades; Ajudas para a mobilidade pessoal; Mobiliário e adaptações para habitação). O encaminhamento dos utentes para este banco apenas poderia ser feito pelo enfermeiro da ECCI e, como tal, foi imprescindível a avaliação, prescrição, intervenção como EEER e o consequente treino na utilização destas ajudas técnicas.

Na URFR os planos de reabilitação desenvolvidos contaram com a utilização do índice de KATZ como complemento de avaliação. E se para os utentes seguidos em regime de ambatório o plano de reabilitação incidiu sobretudo no treino de marcha e ensino das técnicas de conservação de energia para realização de AVDs, em contexto de internamento, devido à intervenção do EEER incidir sobretudo na RFR, os planos de reabilitação apenas contemplaram as AVDs essencialmente a partir de atividades realizadas na cama (Sentar, transferência cama-cadeirão, transferência cadeirão-cama) não tendo sido possível avançar para outras atividades como vestir e cuidados de higiene.

Na UIR, devido ao EEER apenas prestar cuidados num único serviço, foi possível elaborar planos de reabilitação mais completos e dar a devida continuidade aos cuidados prestados.

Encontrando-se implementada a linguagem CIPE, inserida na aplicação informática CPC-Glitt, guiou-se a avaliação, formulação de diagnósticos, planeamento das intervenções e avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem com base nesta linguagem. No entanto, a ferramenta informática não permitiu avaliar a funcionalidade de forma objetiva tendo sido necessário aplicar uma

escala que avaliasse a evolução dos utentes. Escolheu-se o já referido índice de KATZ. Os planos de reabilitação desenvolvidos permitiram intervir ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação e da eliminação. Conseguir acompanhar o doente desde o momento da admissão até à alta implicou que se tivesse que considerar inúmeras variáveis no processo de reabilitação, tais como o ambiente doméstico, família, estruturas de suporte e o seu estilo de vida. Foi possível encorajar o utente e família numa participação crescente nas atividades de autocuidado.

O EEER deve identificar fatores que possam inibir os estilos de vida saudáveis e que possam interferir no autocuidado e na independência (Hoeman, 2000).

Perspetivando desenvolver a **competência (J3) “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), e tendo em consideração as respetivas unidades de competência¹³, delinearam-se como objetivos específicos a atingir:

- Agir precocemente nas diferentes fases da DPOC e no processo de adaptação às consequências da condição;
- Avaliar os resultados da intervenção do EEER à pessoa.

A preocupação com a funcionalidade e a recuperação da função física do indivíduo tem sido uma constante na história da reabilitação. Estas devem manter-se no centro das preocupações da reabilitação mas numa vertente abrangente, integradora do indivíduo com incapacidade - a pessoa com necessidades especiais - na comunidade.

O Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação vem salientar esta perspetiva de funcionalidade

¹³ **(J3.1)** Concebe e implementa programas de treino motor e cardio –respiratório; **(J3.2)** Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.

identificando, nas oito categorias de enunciados descritivos, a readaptação funcional¹⁴ e a reeducação funcional¹⁵ (Ordem dos Enfermeiros, 2010c).

É nesta perspectiva integradora de funcionalidade que deve ser introduzido o treino nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Sendo o treino entendido como a exposição sistemática a um estímulo de forma estruturada para obter as adaptações fisiológicas desejáveis, o treino físico (exercício) pode visar a melhoria da capacidade aeróbica, da força, da flexibilidade e da coordenação motora.

Sendo o foco do projeto de formação a pessoa com DPOC, definiram-se objetivos específicos para este domínio de competências (referidos atrás) dando uma maior atenção ao treino de exercício – componente essencial num programa de RR – e a sua influência positiva na funcionalidade e capacidades da DPOC.

Uma das opções de tratamento não farmacológico da DPOC passa pela RR e, de acordo com a GOLD (2011), as acções de reabilitação são fundamentais para melhorar a qualidade de vida do doente e sua capacidade para realização de atividades físicas.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2011) são candidatos a um programa de reabilitação respiratória (evidência A): doentes graves e muito graves ($FEV1 < 50\%$); doentes ligeiros e moderados ($FEV1 \geq 50\%$) com limitação da capacidade de exercício; doentes com internamento por exacerbação.

A GOLD (2011) apresenta o programa de reabilitação respiratória dirigido para os estadios II, III e IV da DPOC, mas essencialmente dirigido a doentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa.

Cordeiro & Menoita (2012) definem como componentes da reabilitação respiratória: a otimização terapêutica, a educação da pessoa e seus familiares, a RFR, o treino de exercício e a intervenção psico-social. Na pessoa com DPOC, os mesmos autores definem como componentes clássicas do programa de RFR: os

¹⁴ Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde.

¹⁵ Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e a participação na sociedade.

exercícios respiratórios de âmbito geral, o treino dos músculos respiratórios, dos membros superiores e inferiores e as técnicas de conservação de energia.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2009) o treino ao esforço é o elemento essencial (evidência A) e aglutinador dos outros componentes da RR, não sendo legítimo falar em RR sem este.

A Direção-Geral da Saúde (2009) preconiza que o programa de treino pelo exercício tem diferentes componentes que devem ser escolhidos consoante o doente: (1) Treino dos membros, que agrupa o treino de *endurance* e o treino ao esforço; (2) Treino dos músculos respiratórios; (3) Electroestimulação neuromuscular; (4) Outras intervenções concomitantes com o treino de exercício, tais como o uso de anabolizantes, suplementação com oxigénio, técnicas de conservação de energia e VNI (Ver anexo XVI).

Perspetivando atingir os objetivos específicos definidos para este domínio de competências, delinearam-se planos de reabilitação com o treino de exercício como uma das suas componentes.

Consoante se preconiza pela aplicação do processo de enfermagem, antes de realizar qualquer intervenção deve realizar-se uma pormenorizada avaliação inicial que, consoante o doente, poderá justificar a aplicação de ferramentas e exercícios específicos.

De acordo com Palange, et al.(2007), a utilização de testes e protocolos de exercício cardiorrespiratório na prática clínica de doenças cardiorrespiratórias apresenta-se como uma prática comprovada por evidência científica, devendo ser utilizada na avaliação de intolerância ao exercício, avaliação prognóstica e na avaliação de intervenções terapêuticas (como por exemplo: medicamentos, oxigénio suplementar e no treino de exercício).

Não se pretende realizar uma descrição exaustiva dos planos de reabilitação específicos concebidos nos diferentes campos de estágio, mas será feita a descrição das ferramentas e técnicas que foram aplicadas.

Na ECCI, como já foi descrito anteriormente, os utentes encontravam-se em contexto domiciliário, como tal aplicaram-se os índices de Mahler¹⁶ (Ver anexo XVII) e a escala de Borg modificada (Ver anexo XIV) (perceção subjetiva de dispneia) como instrumentos de avaliação da dispneia. A estes utentes realizaram-se ainda exercícios de treino dos músculos membros superiores, membros inferiores, do tórax, da cervical, cintura escapular, tronco.

O estudo de metanálise realizado por Oh & Seo (2007) evidencia que os exercícios mais realizados em programas de reabilitação, sobretudo em doentes com DPOC, são: marcha (passadeira estática e caminhadas), subir escadas, bicicleta, cicloergómetro (braços e pernas), podendo vários tipos de exercício serem aplicados simultaneamente.

Na URFR, a incidência de patologia respiratória grave e patologia cardíaca era elevada. Com o objetivo de manter um elevado grau de segurança do utente, foi necessário recorrer a instrumentos de avaliação mais rigorosos. De acordo com Downs (2011), é fundamental que na prestação de cuidados se consiga descrever qualitativamente e quantitativamente o estado funcional dos doentes, sobretudo em doentes com DPOC. Segundo o mesmo autor, existindo várias ferramentas disponíveis para este fim, as guidelines da *American Thoracic Society* (ATS) sugerem que se deve utilizar ferramentas como testes de exercício quando não estão disponíveis ferramentas mais rigorosas (Testes de Função Pulmonar).

Desta forma, efetuou-se a avaliação recorrendo aos equipamentos eletrónicos de monitorização e outros instrumentos implementados no respetivo serviço, nomeadamente a escala de Borg modificada (Ver anexo XIV) e o *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) (ver anexo XV). Utilizou-se ainda a Prova de Marcha de 6 Minutos, de acordo com o protocolo da *American Thoracic Society* (2002). Realizaram-se exercícios de treino dos músculos dos membros superiores¹⁷,

¹⁶ Demonstraram ser fiáveis e válidos para avaliar a dispneia nos doentes com DPOC (Garcia, Rocha, Pinto, Lopes, & Bárbara, 2008)

¹⁷ Treino com cicloergómetro de braços, com 10 watts nos primeiros 2', aumentando progressivamente 5 watts a cada 2' até o doente não tolerar; Movimentos com bastões e pesos são os de flexão, extensão, rotação, adução e abdução horizontal do ombro e flexão, extensão do cotovelo (Tradução do autor) (Martinez, Vogel, Dupont, & Stanopoulos, 1993)

membros inferiores¹⁸, do tórax, da cervical, cintura escapular e tronco. Pela possibilidade de acompanhar utentes em regime de ambulatório, com treino de ginásio e outros dispositivos e equipamentos (bicicleta estática, espaldar, cilciergómetro, halteres, roldanas, espelho quadriculado, passadeira) conseguiu-se aprofundar a temática de condicionamento físico.

Na UIR, os instrumentos de avaliação de dispneia utilizados foram sobretudo a já referida escala de Borg modificada (Ver anexo XIV). Aplicou-se também a Prova de Marcha de 6 Minutos, de acordo com o protocolo da *American Thoracic Society* (2002), para avaliar a tolerância ao esforço físico, de forma a planear adequadamente o condicionamento físico e avaliar alterações antes e depois do exercício. Realizaram-se também exercícios de treino dos músculos membros superiores, membros inferiores, do tórax, da cervical, cintura escapular, tronco.

¹⁸ Belman & Kendregan (1982), Belman (1986), citados por Oh & Seo (2007), sugerem que no programa de reabilitação deve dar-se prioridade aos exercícios que combinem os membros inferiores com membros superiores em detrimento dos exercícios isolados com membros inferiores, devido à sua eficácia em aliviar dispneia.

2. AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROJETO DE FORMAÇÃO

Da organização das atividades de enfermagem, sob a designação de processo de enfermagem, os enfermeiros desenvolvem um sistema formal que fundamenta a avaliação da qualidade dessas ações (Cianciarullo, 1997). Pela abrangência destas, o projeto de formação inicialmente delineado serviu de matriz na avaliação, planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Desta forma, conferiu-se-lhe o rigor científico pela utilização de uma metodologia de projeto e das etapas do método científico (inerentes à aplicação do processo de enfermagem).

Na concretização do projeto recorreu-se à aplicação das quatro fases do processo de enfermagem: (1) a fase da avaliação inicial, que teve início quando se efetuou o diagnóstico da situação; (2) a fase de planeamento, pela concretização do referido projeto de formação; (3) a fase de execução, pela aplicação do projeto no período de estágio; (4) a fase de avaliação final iniciou-se com a realização do relatório de estágio e tem o seu culminar no presente capítulo.

A descrição e análise das atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição de competências proporcionou expor as estratégias e atividades desenvolvidas. Desta forma, na sua globalidade, o projeto de formação delineado foi fundamental como instrumento orientador, permitindo desenvolver e adquirir competências necessárias ao desenvolvimento profissional, académico e pessoal.

Considera-se que a aplicação do projeto de formação teve alguns pontos fracos e pontos fortes que merecem ser destacados para melhoria de processos de formação futuros e/ou semelhantes. A separação do estágio da área de reabilitação funcional respiratória em dois diferentes locais (URFR e UIR) teve um aspeto negativo: ao separar o estágio em dois locais diferentes exigiu ao estudante dois diferentes momentos de integração. Interessa, no entanto, destacar que as quatro semanas de estágio que inicialmente não estavam previstas (na UIR) revelaram-se uma oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto de internamento num único serviço, possibilitando desenvolver atividades que de outra forma não teria sido possível, permitindo considerar as necessidades afetadas e cuidar do doente num diferente contexto de cuidados.

O processo de reabilitação e a sua eficácia dependem como se consegue criar um equilíbrio entre a intimidade e a vida social. Neste sentido, o estágio na UIR trouxe oportunidades de aprendizagem no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação nas áreas da eliminação.

Destaca-se ainda o não cumprimento do cronograma de atividades inicialmente previsto (Ver apêndice VIII). Não se cumpriram rigorosamente as datas previstas no cronograma, tendo as algumas das reuniões com a orientador ocorrido em datas diferentes das inicialmente previstas. O número de reuniões foi superior ao inicialmente previsto, destacando-se muitos momentos de orientação tutorial via telefone. Considera-se que estas alterações ao cronograma não comprometeram os momentos de aprendizagem. O acompanhamento e disponibilidade prestados via telefone foram fundamentais e permitiram a otimização e agilização da agenda académica, e a sua - difícil - conciliação com a agenda profissional e familiar.

Considera-se, a elaboração do projeto fundamental, quer para a melhoria da qualidade dos cuidados, quer para a prática avançada na prestação de cuidados de enfermagem pelo recurso à evidência científica no processo de tomada de decisão. Na reabilitação respiratória à pessoa com DPOC, a intervenção do EEER na melhoria das práticas existentes resulta de um raciocínio analítico reflexivo sobre a prática e a teoria, facilitando as decisões, a prática e os resultados obtidos. A utilização de revisões de investigação e *guidelines clínicas* (Ordem dos Enfermeiros, Ministério da Saúde, entre outros) a opinião de peritos e colegas (Artigos científicos e profissionais dos diferentes campos de estágio) constituem fontes de informação onde se destaca a investigação desenvolvida por profissionais de saúde, experiência de utentes e cuidadores e a experiência clínica.

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde foi uma constante ao longo do projeto de formação. Tendo bem presente os padrões de qualidade definidos pela OE, considera-se que as atividades definidas conduziram à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

CONCLUSÃO

Com a realização do presente relatório de estágio firmou-se o percurso de desenvolvimento de competências como EEER ao longo do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Com especial ênfase no período que teve início com o projeto de formação e terminou com respetivo estágio, considera-se ter conseguido torná-lo um elemento agregador das experiências clínicas dos diferentes campos de estágio. Permitiu expor o percurso efetuado, destacando as estratégias e atividades utilizadas no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas que permitiram prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, nas áreas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação sensório-motora. Considera-se ter conseguido expor, refletir, compreender e relacionar os conhecimentos teóricos e competências desenvolvidas nos diferentes campos de estágio, bem como a forma como essas competências permitem prestar cuidados de enfermagem especializados que promovam/otimizem o processo de reabilitação nas dimensões biológica, psicológica, social e cultural da pessoa. Enquanto elemento reflexivo, o presente relatório permitiu compreender a intervenção do EEER junto da pessoa. Sendo o principal foco de atenção do projeto de formação a pessoa com DPOC, deu-se-lhe especial importância, destacando-se a intervenção do EEER na reabilitação respiratória.

A experiência vivida pela pessoa com DPOC apresentou-se como uma problemática de especial interesse. Considerou-se que a reabilitação respiratória condiciona a progressão e controlo da DPOC, e a aplicação de programas de reabilitação respiratória - abordagem terapêutica com grau de evidência 1 e recomendação A (GOLD, 2011) – teve visibilidade pela evidencia científica, mas também pela prática clínica. Valida-se assim como uma área de excelência para a intervenção do EEER. O modelo da independência na satisfação das necessidades fundamentais de Virgínia Henderson norteou a prestação de cuidados, tendo permitido compreender a pessoa em situação de doença nos diferentes contextos em que se prestaram cuidados, além de orientar a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

A reflexão sobre a prática de cuidados proporcionou o desenvolvimento e aquisição de saberes impulsionadores de uma prática de enfermagem que impôs a mobilização de todos os conhecimentos anteriormente adquiridos para conseguir dar resposta às várias situações que surgiram. O pensamento crítico e tomada de decisão cientificamente fundamentada, permitiram alcançar uma prática de enfermagem avançada. A exposição, análise e reflexão sobre o planeamento e percurso efetuado revelou alguns constrangimentos que permitiu melhorar abordagens, alterar estratégias e planejar intervenções futuras.

O processo de reabilitação e a sua eficácia dependem como se consegue criar um equilíbrio entre a intimidade e a vida social. Neste sentido, considera-se que, no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação nas áreas da eliminação e sexualidade, não se deu a devida visibilidade às atividades e estratégias desenvolvidas ao longo do estágio. Desenvolveram-se atividades na área da eliminação, sobretudo em contexto de internamento. Não se conseguiram realizar atividades na área da sexualidade, pois o ambiente e contexto não propiciaram uma atitude interventiva. De acordo com Cardoso (2004), na reabilitação sexual há que ter em conta uma dimensão avaliativa e uma dimensão interventiva, sendo necessário acautelar uma abordagem flexível. Assim, ao longo do estágio não se negligenciou a reabilitação sexual pós-doença, tendo sido difícil adotar uma atitude interventiva.

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação tornou-se num fator facilitador no percurso contínuo de desenvolvimento profissional e pessoal. Dando continuidade a este percurso, pretende-se no futuro:

- Desenvolver um estudo de investigação no CHLN que demonstre os ganhos em saúde resultantes da intervenção do EEER na área da RFR;
- Promover o processo de certificação de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica, no serviço onde atualmente presta cuidados;
- Coordenar o grupo de trabalho, que baseando-se na dimensão “Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem”, implemente

e monitorize um indicador relativo à necessidade humanas básica “eliminar”;

- Desenvolver competências como supervisor clínico para exercício profissional tutelado (EPT) e desenvolvimento profissional tutelado (DPT);
- Desenvolver competências como formador, colaborando na formação de futuros enfermeiros, ao nível da formação académica e da formação profissional;
- Promover a valorização social da enfermagem, escrevendo e publicando um capítulo do livro com o título “Do que falamos quando falamos de Enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros”;
- Após reconhecimento de competências como EEER, e obtenção do respetivo título pela OE, prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, na prática diária, num serviço cuja potenciação das competências adquiridas possam trazer ganhos em saúde para os utentes.

Falar de enfermagem implica uma abordagem concetual, assente numa conceção de cuidados sustentada no conceito de processos de cuidados que se constitui e constrói a partir do ser humano como centro e onde o enfermeiro diagnostica, planeia, executa e avalia a intervenção com autonomia e responsabilidade. Embora os processos de cuidados se desenvolvam cada vez mais em contextos diversificados, o centro dos cuidados é a pessoa.

A formação é um dos instrumentos mais poderosos de promoção do conhecimento para o processo de cuidados e uma alavanca para a autonomia profissional. A investigação é o meio para aprofundar o conhecimento transferível para os contextos de prestação de cuidados. Neste sentido, a aprendizagem contínua, a especialização do conhecimento e o desenvolvimento da disciplina de enfermagem valoriza de forma crescente a transferibilidade de saberes, ou seja, a mobilização de competências.

Para finalizar, consideram-se atingidos os objetivos inicialmente delineados e, como tal, as competências profissionais (competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER) as competências académicas (competências do 2º ciclo, enunciadas no Processo de Bolonha).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Alarcão, I., & Rua, M. (Jul-Set de 2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, pp. 373-382.
- American Thoracic Society. (Março de 2002). ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, pp. 111-117.
- ARSLVT. (2009). *Governança dos hospitais - Conclusões de um grupo de trabalho*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Barbier, J.-M. (1996). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Bartholo, T. P., Gomes, M. M., & Filho, A. J. (21 de Julho de 2009). *DPOC - o impacto da oxigenioterapia domiciliar no tratamento*. Obtido de Web site de Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro: http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/13.pdf
- Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M. (2008). *Neurociências - Desvendando o Sistema Nervoso*. Porto Alegre: Artmed.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Parito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blackstock, F., & Webster, K. (2006). Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. *Health Education Research - Theory & Practice*, pp. 1-15.
- Cardoso, J. (Maio de 2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 385-394.
- Cardoso, J., Mineiro, A., Pires, L., Borba, A., Naveso, G., Guil, D., & Emiliano, M. (2008). *25 Perguntas frequentes em Pneumologia: Terapêutica na DPOC*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Carvalho, A. L. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cestari, M. E. (24 de Abril de 2003). Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 34-42.
- Chiavenato, I. (2002). *Teoria geral da administração*. São Paulo: McGraw-Hill.

- Chin, P. A., Rosebrough, A., & Finocchiaro, D. N. (1998). *Rehabilitation nursing practice*. New York: McGraw-Hill.
- Cianciarullo, T. (1997). *Teoria e prática em auditoria de cuidados*. São Paulo: Ícone.
- Collazos, J., & Bermúdez, H. (Junho de 2013). Aplicación de la prueba de caminata de seis minutos y escala de borg modificada en sujetos con diversos tipos de cáncer. *Archivos de Medicina*, pp. 41-46.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (1.^a Edição ed.). (M. L. Abecessis, Trad.) Lisboa: Lidel.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Conselho de Enfermagem. (2010). *Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Decreto Lei 437/91 de 8 de Novembro. (s.d.). *Carreira de Enfermagem*.
- Delisa, J. (1992). *Medicina de Reabilitação - Princípios e Práticas*. São Paulo: Manole.
- Diez, M. T. (8 de Julho de 2013). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Web site de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/OPapeldoEnfermeironaDoencaPulmonarObstrutivaCronicaDPOC.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (27 de Outubro de 2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). N.º: 40A/DSPCD. Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (28 de Dezembro de 2007). Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. Portugal: Ministério da Saúde. Obtido de web site da Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009309.pdf>

- Direcção-Geral da Saúde. (30 de Setembro de 2011). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Norma nº 028/2011 de 30/09/2011*. Direcção-Geral da Saúde.
- Downs, C. (2011). Functional assessment of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, pp. 161-167.
- Ermida, J. (1996). Avaliação Geriátrica compreensiva. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, pp. 5-11.
- Escoval, A. (Outubro de 2003). Gerir serviços de saúde em contexto de mudança. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, p. 24.
- Fernandes, A. B. (1 de Janeiro de 2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas*, pp. 71-78.
- Fernandez, E. (1997). Just "doing the observations": reflective practice in nursing. *British Journal of Nursing*, pp. 939-943.
- Fishman, A. P., Elias, J. A., Fishman, J. A., Grippi, M. A., Senior, R. M., & Pack, A. I. (2008). *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. Philadelphia: McGraw-Hill.
- Garcia, S., Rocha, M., Pinto, P., Lopes, A., & Bárbara, C. (Março/Abril de 2008). Treino de Músculos Inspiratórios em Doentes com DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, pp. 177-194.
- Gaspar, M. I. (Dezembro de 2004). Competências em questão: Contributo para a formação de professores. *Discursos. Série: Perspectivas em educação*, pp. 55-71.
- GOLD. (2011). *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, And Prevention*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação - um contributo para a satisfação do utente*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Heitor, M. C., Camila, M. C., Ferreira, J. M., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1988). *Reeducação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. Loures: Lusociência.
- Kim, H. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1205-1212.
- Koizumi, M. S., & Diccini, S. (2007). *Enfermagem em neurociência: fundamentos para a prática*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Lemos, E. R. (2008). *Profissão de enfermeiro Compreensão Sociológica da Identidade profissional - Dissertação de Mestrado em Sociologia*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Luís, A. S., Pina, J., Vieira, J. R., & Sotto-Mayor, R. (2001). Recomendações Terapêuticas: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 249-275.
- Martinez, F., Vogel, P., Dupont, D., & Stanopoulos, I. (1993). Supported arm exercise vs unsupported arm exercise in the rehabilitation of patients with severe chronic airflow obstruction. *Chest*, pp. 1397-1402. DOI:10.1378/chest.103.5.1397.
- Martires, M. A. (Novembro de 2003). Ser pessoa na prática dos cuidados de enfermagem. *Nursing*, pp. 25-26.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência editora.
- Ministério da Saúde. (30 de Abril de 2013). *Cuidados de Saúde Primários - Portugal*. Obtido de web site de Cuidados de Saúde Primários - Portugal: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/indicadores_daucc_vf.pdf
- Neves, M. (1 de Dezembro de 2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 125-134.
- Niewoehner, D. (15 de Abril de 2010). Clinical practice. Outpatient management of severe COPD. *The New England Journal Of Medicine*, pp. 1533-4406.
- Oh, H., & Seo, W. (1 de Janeiro de 2007). Meta-analysis of the effects of respiratory rehabilitation programmes on exercise capacity in accordance with programme characteristics. *Journal of Clinical Nursing*. 16 (1), pp. 3-15. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01387.x.

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem Portuguesa, Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Actual Quadro Regulamentar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências comuns ao enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de Outubro de 2010c). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010d). *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transportes de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Palange, P., Ward, S., Carlsen, K., Casabur, R., Gallagher, C., Gosselink, R., . . . Whipp, B. (2007). Recommendations on the use of exercise testing in clinical practice. *European Respiratory Journal*, pp. 185-209.
- Perrenoud, P. (2002). *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed editora.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.

- Radwin, E., & Alster, K. (5 de Abril de 2002). Individualised nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, pp. 45-63.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. RNCCI.
- Rosa, J. C., & Basto, M. L. (2009). Necessidade e Necessidades. *Pensar Enfermagem*, pp. 13-23.
- Roxo, J. (Janeiro/Fevereiro de 1989). O Enfermeiro e o Hospital. *SERVIR*, pp. 8-14.
- Rubinstein, E. (1999). *Psicopedagogia: uma prática, diferentes estilos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Salgado, L. M., & Montoya, X. S. (7 de Junho de 2006). Plan de alta para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Aquichan*, pp. 104-116.
- Saturno, P., Imperatori, E., & Corbella, A. (1990). *Evaluation de la calidad asistencial en atención primaria: experiencias en el marco de la cooperación Iberica – diseños de los proyectos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Scally, G., & Donaldson, L. (4 de Julho de 1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*, pp. 61-65.
- Silva, M. A., & Graveto, J. (16 de setembro de 2008). Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto”. *Pensar Enfermagem*, pp. 67-70.
- Simões, C., & Simões, J. (1 de Junho de 2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Referência*, pp. 9-23.
- Simões, M. (1995). *Depressão nas idades avançadas*. Lisboa: Roche farmacêutica química.
- Sousa, M. A. (Maio de 2008). VIII Seminário de Ética - Editorial. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, p. 1.
- Sousa, T., Jardim, J., & Jones, P. (Maio-Junho de 2000). Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, pp. 119-128.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

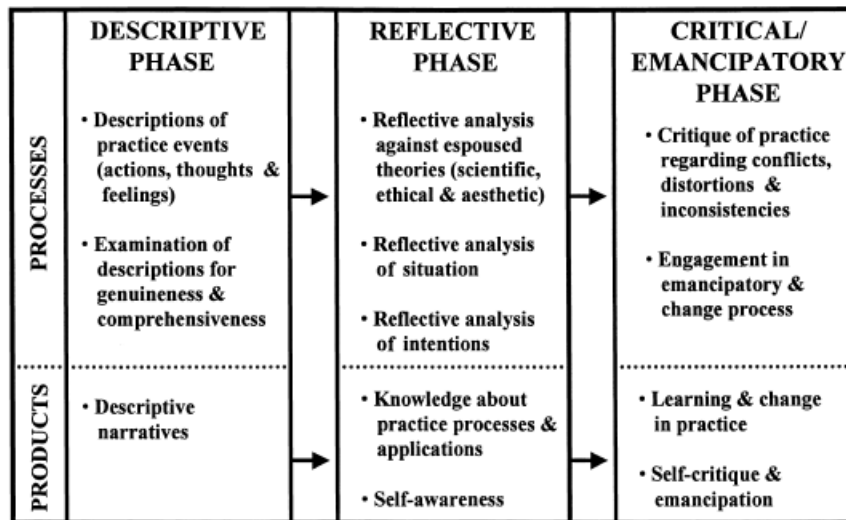
- Troosters, T., Casaburi, R., Gosselink, R., & Decramer, M. (10 de Março de 2005). Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive disease. *Am J Respir Crit Care Med*, pp. 19-38.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- WHO. (2010). *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

ANEXOS

ANEXO I

Fases do Modelo de Investigação Reflexiva Crítica

Fases da construção reflexiva



Fonte: Kim, H. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1205-1212.

ANEXO II

Certificado de presença na ação de formação “O papel da nutrição em várias patologias”

Academia de Nutrição Clínica

CERTIFICADO DE PRESENÇA

A Nestlé Nutrition certifica que

Nuno Ricardo Ferreira Filipe

esteve presente no Módulo IV sobre "O Papel da Nutrição em Várias Patologias", que decorreu no dia 29/10/2013, na

Sede da Nestlé em Linda-a-Velha.



Helena Canário
Nestlé Nutrition Institute



Mihaela Busu
Nestlé Portugal Materno-Infantil

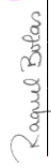


ANEXO III

Certificado de organização do Workshop “Fibrose Quística da Unidade de Reabilitação Respiratória do Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria”

CERTIFICADO

Lisboa, 22 de Novembro de 2013



Raquel Bolas

Coordenadora da Comissão Organizadora

Certifica-se que **Enf.º Nuno Filipe:**

Colaborou na organização do **WORKSHOP**

FIBROSE QUÍSTICA da Unidade de Reabilitação

Respiratória do Serviço de Pneumologia do

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar

de Lisboa Norte, EPE decorrido no Anfiteatro

Marck Athias no dia 22 de Novembro de 2013

das 10h às 17h.

Programa Workshop Fibrose Quística

10h00m Sessão Abertura:

Enf.ª Catarina Batuca, Prof. Doutora
Cristina Bárbara e Dra. Celeste Barreto

10h10m Transplante Pulmonar

Moderadores: Enf.ª Clara Vital e Enf.ª
Teresa Dotti

10h15m Referenciação de doentes
para transplante pulmonar

Enf.ª Delmira Pombo

10h30m Da referenciação do potencial
dador ao transplante pulmonar

Enf.º Fernando Rodrigues

11h00m Terapêutica Inalatória

Moderadores: Enf.ª Carla Costa e Enf.ª
Elizabete Patrício

11h05m Benefícios da terapêutica
inalatória

Dr. Carlos Lopes

11h15m Sistemas de nebulização
indicados na terapêutica inalatória

Dra. Pilar Azevedo

11h45m Importância da
Reabilitação na Fibrose

Quística

Moderadores: Dra. Margarida Sousa e
Enf.ª Raquel Bolas

11h50m Benefícios da CR na FQ

Enf.ª Lidia Castro

12h05m Benefícios do

Exercício Físico na FQ

Enf.ª Rosa Rodrigues

12h30m A Equipa

Multidisciplinar na Fibrose
Quística

Moderadores: Enf.ª Margarida Bonança e
Dr.ª Susana Castanhinho

12h35m A nutrição da FQ

Dra. Sandra Mexia

12h40m A importância da DLCO/PFR
na monitorização da FQ

CPL Sara Paula

12h50m A importância do Serviço

Social nos doentes portadores de FQ

Dra. Magda Paixão

14h30m Cursos Práticos

Terapêutica Inalatória -

Manuseamento de aparelhos (I neb,
eFlow, Pari):

Enf.ª Rosa Rodrigues, Enf.ª Fátima
Azambujo, Enf.ª Liliana Certo, Enf.ª
Daniela Duarte

Sistemas de ajuda na remoção de
secreções (Cough Assist, Acapella,
Flutter, Colete VibraVest):

Enf.ª Raquel Bolas, Enf.º Bruno Noronha,
Enf.º Nuno Filipe, Enf.ª Celina Gomes



ANEXO IV

**Certificado de monitor do Curso “Sistemas de ajuda na remoção de
secreções”**

CERTIFICADO

Lisboa, 22 de Novembro de 2013

Raquel Bolas

Raquel Bolas

Coordenadora da Comissão Organizadora

Certifica-se que **Enf.º Nuno Ferreira Filipe:**

Esteve presente enquanto monitor do **Curso Prático Sistemas de ajuda na remoção de secreções (Cough Assist, Acapella, Flutter, Colete VibraVest)** do **WORKSHOP FIBROSE QUÍSTICA** organizado pela Unidade de Reabilitação Respiratória do Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE decorrido no Anfiteatro Marck Athias no dia 22 de Novembro de 2013 das 10h às 17h.

Programa Workshop Fibrose Quística

10h00m Sessão Abertura:

Enf.ª Catarina Batuca, Prof. Doutora
Cristina Bárbara e Dra. Celeste Barreto

10h10m Transplante Pulmonar

Moderadores: Enf.ª Clara Vital e Enf.ª
Teresa Dotti

10h15m Referenciação de doentes
para transplante pulmonar

Enf.ª Delmira Pombo

10h30m Da referenciação do potencial
dador ao transplante pulmonar

Enf.º Fernando Rodrigues

11h00m Terapêutica Inalatória

Moderadores: Enf.ª Carla Costa e Enf.ª
Elizabete Patrício

11h05m Benefícios da terapêutica
inalatória

Dr. Carlos Lopes

11h15m Sistemas de nebulização
indicados na terapêutica inalatória

Dra. Pilar Azevedo

11h45m Importância da
Reabilitação na Fibrose

Quística

Moderadores: Dra. Margarida Sousa e
Enf.ª Raquel Bolas

11h50m Benefícios da CR na FQ

Enf.ª Lidia Castro

12h05m Benefícios do

Exercício Físico na FQ

Enf.ª Rosa Rodrigues

12h30m A Equipa
Multidisciplinar na Fibrose
Quística

Moderadores: Enf.ª Margarida Bonança e
Dr.ª Susana Castanhinho

12h35m A nutrição da FQ

Dra. Sandra Mexia

12h40m A importância da DLCO/PFR
na monitorização da FQ

CPL Sara Paula

12h50m A importância do Serviço
Social nos doentes portadores de FQ

Dra. Magda Paixão

14h30m Cursos Práticos

Terapêutica Inalatória -

Manuseamento de aparelhos (I neb,
eFlow, Pari):

Enf.ª Rosa Rodrigues, Enf.ª Fátima
Azambujo, Enf.ª Liliana Certo, Enf.ª
Daniela Duarte

Sistemas de ajuda na remoção de
secreções (Cough Assist, Acapella,
Flutter, Colete VibraVest):

Enf.ª Raquel Bolas, Enf.º Bruno Noronha,
Enf.º Nuno Filipe, Enf.ª Celina Gomes

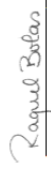


ANEXO V

Certificado de monitor do curso “Terapêutica Inalatória - Manuseamento de aparelhos (I neb, eFlow, Pari) do workshop fibrose quística”

CERTIFICADO

Lisboa, 22 de Novembro de 2013



Raquel Bolas

Coordenadora da Comissão Organizadora

Certifica-se que **Enf.º Nuno Filipe:**

Esteve presente enquanto monitor do **Curso**

Prático Terapêutica Inalatória -

Manuseamento de aparelhos (I neb, eFlow,

Pari) do WORKSHOP FIBROSE QUÍSTICA

organizado pela Unidade de Reabilitação

Respiratória do Serviço de Pneumologia do

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar

de Lisboa Norte, EPE decorrido no Anfiteatro

Marck Athias no dia 22 de Novembro de 2013

das 10h às 17h.

Programa Workshop Fibrose Quística

10h00m Sessão Abertura:

Enf.ª Catarina Batuca, Prof. Doutora
Cristina Bárbara e Dra. Celeste Barreto

10h10m Transplante Pulmonar

Moderadores: Enf.ª Clara Vital e Enf.ª
Teresa Dotti

10h15m Referenciação de doentes
para transplante pulmonar

Enf.ª Delmira Pombo

10h30m Da referenciação do potencial
dador ao transplante pulmonar

Enf.º Fernando Rodrigues

11h00m Terapêutica Inalatória

Moderadores: Enf.ª Carla Costa e Enf.ª
Elizabete Patrício

11h05m Benefícios da terapêutica
inalatória

Dr. Carlos Lopes

11h15m Sistemas de nebulização
indicados na terapêutica inalatória

Dra. Pilar Azevedo

11h45m Importância da
Reabilitação na Fibrose

Quística

Moderadores: Dra. Margarida Sousa e
Enf.ª Raquel Bolas

11h50m Benefícios da CR na FQ

Enf.ª Lidia Castro

12h05m Benefícios do

Exercício Físico na FQ

Enf.ª Rosa Rodrigues

12h30m A Equipa

Multidisciplinar na Fibrose
Quística

Moderadores: Enf.ª Margarida Bonança e
Dr.ª Susana Castanhinho

12h35m A nutrição da FQ

Dra. Sandra Mexia

12h40m A importância da DLCO/PFR
na monitorização da FQ

CPL Sara Paula

12h50m A importância do Serviço

Social nos doentes portadores de FQ

Dra. Magda Paixão

14h30m Cursos Práticos

Terapêutica Inalatória -

Manuseamento de aparelhos (I neb,
eFlow, Pari):

Enf.ª Rosa Rodrigues, Enf.ª Fátima
Azambujo, Enf.ª Liliana Certo, Enf.ª
Daniela Duarte

Sistemas de ajuda na remoção de
secreções (Cough Assist, Acapella,
Flutter, Colete VibraVest):

Enf.ª Raquel Bolas, Enf.º Bruno Noronha,
Enf.º Nuno Filipe, Enf.ª Celina Gomes



ANEXO VI

**Certificado de presença na formação “Apresentação norma: precauções
básicas controlo infeção”**



DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Para os devidos efeitos se declara que o Enfermeiro abaixo identificado participou na Ação de Formação em Serviço especificada.

Nuno Ricardo Ferreira Filipe

Enfermeiro

Nº. Mec.º: 16683

A exercer funções no Serviço: Neurocirurgia – Internamento – Unidade de Cuidados Intensivos

Tipo de Participação: Formando

Tema	Serviço	Data	Duração
* Apresentação da Norma atualizada sobre Precauções Básicas de Controlo de Infecção *	PN – UIR (CHLN-HPV)	29-11-2013	1 H.

Sumário • Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI).

Lisboa, 10 de Dezembro de 2013

Enfermeira Adjunta

Lourdes Moura
N.º Mec. 35073
Enfermeira Adjunta



ANEXO VII

Certificado de presença no curso “Gestão de risco na pessoa com AVC”

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Nuno Ricardo Ferreira Filipe natural de Cascais nascido em 05/11/1980, com o N.º de Cartão de Cidadão 11762010 6ZZ1 válido até 16/04/2014, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Gestão de Riscos Associados à Pessoa com AVC, em 11/12/2013, com a duração de 34.00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0-20
Introdução ao curso; anatomofisiologia do sistema neuro vascular; classificação do AVC; fisiopatologia do AVC; etiologia e fatores de risco	3:00	-
Tratamento, complicações, prevenção, prognóstico, avaliação da pessoa com AVC; intervenções de enfermagem na pessoa com AVC agudo	4:00	-
Treino das intervenções de enfermagem na pessoa com AVC face às funções alteradas: mobilidade, motricidade facial, linguagem, funções cognitivas	4:00	-
Deglutição, padrão de eliminação intestinal e vesical, integridade cutânea, sexualidade, emocionais e sociais	3:00	-
Estágio de observação participativa	10:00	-
Avaliação da Prática Simulada	7:00	-
Reabilitação/continuidade de cuidados	2:00	-
Avaliação	1:00	-
Nota Final		18

Lisboa, 30 de Janeiro de 2014

O(A) Responsável pelo Centro de Formação do Centro Hospitalar Lisboa Norte

(Assinatura pelo beneficiário da formação)

Isabel Correia dos Freixas e Costa

Certificado n.º 1125/2013 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO VIII

Escala de Coma de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow			
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação	
Abertura Ocular (O)	Espontânea	4	
	Com estímulo verbal	3	
	Com estímulo doloroso	2	
		1	
	Nula		
Resposta Verbal (V)	Orientado	5	
	Confuso	4	
	Palavras impróprias	3	
	Sons incompreensíveis	2	
		1	
	Nula		
Resposta Motora (M)	Obedece a ordens	6	
	Localiza à dor	5	
	Foge à dor	4	
	Flexão anormal	3	
	Responde em extensão	2	
		1	
	Nula		
PONTUAÇÃO (Score) (O+V+M)			

ANEXO IX

Escala de Lower

Avaliação da força muscular	
Escala de Lower	
0	Sem movimentos visíveis. Paralisia total
1	Esboço de contração visível ou palpável mas sem movimento
2	Movimenta a articulação, não vence a gravidade
3	Movimentos contra gravidade, não vence a resistência
4	Movimentos ativos contra gravidade e resistência. Força menor que o esperado.
5	Força normal

ANEXO X

Escala de Espasticidade de Ashworth

Escala de Espasticidade de Ashworth

Avaliação da espasticidade
Escala de Espasticidade de Ashworth
1 Sem aumento de tônus
2 Leve aumento de tônus
3 Moderado aumento do tônus
4 Aumento do tônus acentuado
5 Rigidez em flexão ou extensão

ANEXO XI

Escala de Braden

Risco de Ulcera de Pressão:			
Escala de Braden			
Percepção sensorial:	3. Ligeiramente limitada:	Humidade:	3. Pele ocasionalmente húmida:
Actividade:	2. Sentado:	Mobilidade:	2. Muito limitada:
Nutrição:	3. Adequada:	Fricção e forças de deslizamento:	1. Problema:
Risco:	Risco Elevado	Pontuação:	14

ANEXO XII


Escala de Morse

Risco de Quedas	
Escala de Morse	
Antecedentes de Quedas:	Não
Diagnóstico Secundário:	Sim
Apoio para Deambulação:	Nenhum/Apoiado/Acamado
Medicação e/ou Heparina Intravenosa:	Não
Marcha:	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas
Estado Mental:	Consciente das suas limitações
Classificação:	Baixo Risco (15)

ANEXO XIII

Instrumento de Avaliação Integral - RNCCI

Instrumento de Avaliação Integral – RNCCI



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

ADMISSÃO NA RNCCI Data: ____/____/____		Data de nascimento: ____/____/____		Respondeu ao inquérito:		Pontuação	Classificação
MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial Inquérito referente a 4 semanas antes		Idade: ____ anos Iniciais: ____		o próprio o prestador de cuidados			
SEXO		0 feminino 1 masculino					
IDADE		0 80 ou mais anos 1 65 a 79 anos 2 50 a 64 anos 3 18 a 49 anos					
P1	Queixas Musculo-esqueléticas *	0 com queixas		3 sem queixas			
P2	Queixas Visão *	0 com queixas		3 sem queixas			
P3	Queixas Audição *	0 com queixas		3 sem queixas			
P4	Queixas Pele *	0 com queixas		3 sem queixas			
P5	Queixas Outros Órgãos/Sistemas *	0 com queixas		3 sem queixas			
QUEIXAS DE SAÚDE		a menor pontuação		0 com queixas 1 sem queixas			
OB1	IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²) peso * ____ / altura² ____ = ____	0 menos de 16,0 magreza 1 16,0 a 18,4 baixo peso 2 18,5 a 25,0 adequado 3 mais de 30,0 obesidade					
OB2	CINT - Cintura - feminino (cm) 1ª ____ 2ª ____ 3ª ____	0 mais de 88 obesidade II 1 80 a 88 obesidade I 2 80 a 102 obesidade I 3 mais de 102 obesidade II					
ESTADO DE NUTRIÇÃO		média (pont.IMC+CINT)/2 = ____		0 0 a 0,9 magro ou obeso 1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso 2 3 adequado 3 bom			
P6	Nº de Quedas (último ano) n° ____	0 4 ou mais quedas 1 2 a 3 quedas 2 1 queda 3 sem quedas					
P7	Momento de Quedas ou ____ dias; ou ____ meses	0 menos de 1 mês 1 1 mês a 1 ano 2 mais de 1 ano 3 sem quedas					
P8	Motivo de Quedas	0 interno+externo 1 interno 2 externo 3 sem quedas					
P9	Sequelas de Quedas ocorridas	0 com alt mobilidade 1 sem alt mobilidade 2 sem sequelas 3 sem quedas					
DEBILIDADES		média: (P6+P7+P8+P9)/4 = ____		0 0 a 0,9 mau 1 1 a 1,9 insatisfatório 2 2 a 2,9 satisfatório 3 bom			
P10	Andar em casa, dentro de edifícios	0 incapaz, não anda 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P11	Andar na rua	0 incapaz, não sai 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P12	Andar em escadas	0 incapaz, não usa 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P13	Locomoção e meios para visão e audição	0 incapaz 1 dependente 2 autónomo 3 independente					
LOCOMOÇÃO		a menor pontuação		0 incapaz 1 dependente 2 autónomo 3 independente			
P14	Lavar-se/tomar banho entrar/sair, estar, lavar-se	0 incapaz, não se lava 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P15	Vestir-se/despir-se escolher, preparar, vestir	0 incapaz, não se veste 1 dependente de 3ªs 2 meios / acabamentos 3 independente					
P16	Usar a sanita e/ou bacio/urinol	0 incapaz, não usa 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P17	Deitar-se/levantar-se da cama mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se levanta 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P18	Sentar-se/levantar-se de cadeiras mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se senta 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P19	Controlar a urina	0 incapaz, não controla 1 dependente de 3ªs 2 meios / incont esporádica 3 independente					
P20	Controlar as fezes	0 incapaz, não controla 1 dependente de 3ªs 2 meios / incont esporádica 3 independente					
P21	Alimentar-se/comer servir-se, preparar alimentos, comer	0 incapaz, não se alimenta 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P22	Autonomia Física e meios para visão e audição	0 incapaz 1 dependente 2 autónomo 3 independente					
AUTONOMIA FÍSICA		a menor pontuação		0 incapaz 1 dependente 2 autónomo 3 independente			
P23	Usar o telefone marcar n.ºs, atender	0 incapaz, não usa 1 dependente de 3ªs 2 meios 3 independente					
P24	Fazer compras todas as compras necessárias	0 incapaz, não faz 1 dependente de 3ªs 2 meios / ajuda ocasional 3 independente					
P25	Preparar refeições	0 incapaz, não faz 1 dependente de 3ªs 2 meios / ajuda ocasional 3 independente					
P26	Tarefas de lida da casa pesadas e leves, com limpeza grande e pequena	0 incapaz, não faz 1 dependente de 3ªs 2 meios / ajuda ocasional 3 independente					
P27	Lavar/tratar da sua roupa	0 incapaz, não faz 1 dependente de 3ªs 2 meios / ajuda ocasional 3 independente					
P28	Usar transportes (onde não pode ir a pé) públicos / táxi / carro, conduzir	0 incapaz, não usa 1 dependente de 3ªs 2 meios / ajuda ocasional 3 independente					
P29	Tomar os seus medicamentos nas doses e tempos correctos	0 incapaz, não toma 1 dependente de 3ªs 2 meios / ajuda ocasional 3 independente					
P30	Gerir o seu dinheiro contas, cheques, idas ao banco	0 incapaz, não faz 1 dependente de 3ªs 2 meios / ajuda ocasional 3 independente					
P31	Autonomia Instrumental e meios para visão e audição	0 incapaz 1 dependente 2 autónomo 3 independente					
AUTONOMIA INSTRUMENTAL		a menor pontuação		0 incapaz 1 dependente 2 autónomo 3 independente			

CUIDADOS CONTINUADOS

Saúde e Apoio Social

P32	Triste / deprimido *	0 mto tempo / sem resp	1 metade de tempo	2 pouco tempo	3 nunca	
P33	Nervoso / ansioso *	0 mto tempo / sem resp	1 metade de tempo	2 pouco tempo	3 nunca	
P34	Outras Queixas Emocionais *	0 com queixas			3 sem queixas	
QUEIXAS EMOCIONAIS		média:(P32+P33+P34)/3 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom
P35	Ano	Em que ano estamos	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
P36	Mês	Em que mês estamos	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
P37	Dia do mês	Quanto são hoje	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
P38	Estação do ano	Em que estação do ano estamos	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
P39	Dia da semana	Que dia da semana é hoje	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
-	OT - Orientação no Tempo	média:(P35+P36+P37+P38+P39)/5 =	0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 insatisfatória	2 2 a 2,9 satisfatória	3 orientado no tempo
P40	País	Como se chama o nosso país	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
P41	Distrito	Em que distrito vive	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
P42	Terra	Em que terra vive	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
P43	Casa	Como se chama esta casa	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
P44	Andar	Em que andar estamos	0 não responde/ não sabe / errado		3 certo	
-	OE - Orientação no Espaço	média:(P40+P41+P42+P43+P44)/5 =	0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 insatisfatória	2 2 a 2,9 satisfatória	3 orientado no espaço
ESTADO COGNITIVO		média:(OT+OE)/2 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom
P45	Estado Civil	em relação a união a outra pessoa	0 viúvo / separado / solteiro		3 casado / união/facto	
P46	Nº de coabitantes na sua residência	nº _____ coabitantes	0 vive só		3 vive com outros	
P47	Tempo em que está só nas 24h	está só: _____ horas	0 8 ou mais horas		3 menos de 8 horas	
P48	Ter com quem desabafar / ter confidente	falar de assuntos pessoais	0 não tem confidente		3 tem confidente	
-	IS - Isolamento Social	média:(P45+P46+P47+P48)/4 =	0 0 a 0,9 mto isolado	1 1 a 1,9 isolado	2 2 a 2,9 pouco isolado	3 3 não isolado
P49	Educacionalidade:	(estudos completos) nº anos	0 0 anos/analfabeto	1 1 a 6 anos	2 7 a 12 anos	3 13 ou mais anos
P50	Profissão:		0 não qualificado	1 qualificado	2 intermédio	3 especialista
-	HL - Habilidades Literárias	média:(P49+P50)/2 =	0 0 a 0,9 baixas	1 1 a 1,9 insatisfatórias	2 2 a 2,9 satisfatórias	3 3 boas
ESTADO SOCIAL		média:(IS+HL)/2 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom
P51	Andar a pé na rua	nº horas / semana: _____				
P52	Ginástica ou desporto	nº horas / semana: _____				
P53	Outra actividade física	nº horas / semana: _____				
-	AF - Actividade Física /semana	soma:P51+P52+P53 =	0 0 horas	1 menos de 2 horas	2 2 a 4 horas	3 4 ou mais horas
P54	Refeições habituais - assinalar:	Peq Almoço Meio Manhã Almoço Lanche Jantar Ceia Outra(s)				
-	R - Nº de Refeições /dia	nº refeições _____	0 0 a 2 refeições dia	1 mais de 6 refeições dia	2 3 refeições dia	3 4 a 6 refeições dia
HÁBITOS		média:(AF+R)/2 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom

Data: ____/____/____

Perfil Biopsicossocial

MAB Nº BI / Passaporte: _____

☐ U. Convalescença

☐ U. Média Duração Reabilitação

☐ U. Longa Duração Manutenção

☐ U. Dia Prom Autonomia

SEXO / IDADE / QUEIXAS SAÚDE / NUTRIÇÃO / QUEDAS / LOCOMOÇÃO / A.FÍSICA / A.INSTRUM.
QUEIXAS EOMCIONAIS / COGNITIVO / SOCIAL / HÁBITOS

* Considerar 9 se não for possível medição de peso e obtenção de respostas relativas a queixas

Eq.Domiciliárias – “admissão”-mês a mês – “alta”

ANEXO XIV

Escala de Borg Modificada

Escala de Borg Modificada

Tabla 1. Escala de Borg modificada	
PUNTUACIÓN	DESCRIPTOR
0	Nada de nada
0,5	Muy ligera apenas apreciable
1	Muy ligera
2	Ligera
3	Moderada
4	Algo intensa
5	Intensa
6	Entre 5 y 7
7	Muy intensa
8	Entre 7 y 9
9	Muy muy intensa (casi máxima)
10	Máxima

Fonte: Collazos, J., & Bermúdez, H. (Junho de 2013). Aplicación de la prueba de caminata de seis minutos y escala de borg modificada en sujetos con diversos tipos de cáncer. *Archivos de Medicina*, pp. 41-46.

ANEXO XV

Saint George Respiratory Questionnaire

Saint George Respiratory Questionnaire

Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ)*

* Este questionário foi traduzido e validado no Brasil por Thais Costa de Sousa, José Roberto Jardim e Paul Jones

Este questionário nos ajuda a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o perturba e afeta a sua vida. Nós o utilizamos para descobrir quais os aspectos da sua doença que causam mais problemas. Estamos interessados em saber o que você sente e não o que os médicos, enfermeiras e fisioterapeutas acham que você sente. Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver. Não perca muito tempo nas suas respostas.

Parte 1

♦ Nas perguntas abaixo, assinale aquela que melhor identifica seus problemas respiratórios nos últimos 3 meses.
♦ *Obs.: Assinale um só quadrado para as questões de 01 a 08:*

	Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	Vários dias na semana (2-4 dias)	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1) durante os últimos 3 meses tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) durante os últimos 3 meses tive catarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) durante os últimos 3 meses tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) durante os últimos 3 meses tive "chiado no peito"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Durante os últimos 3 meses, quantas vezes você teve crises graves de problemas respiratórios:					
mais de 3	3	2	1	nenhuma	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) Quanto tempo durou a pior dessas crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)					
1 semana ou mais	3 ou mais dias	1 ou 2 dias	menos de 1 dia		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7) Durante os últimos 3 meses, em uma semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) você teve:					
nenhum dia	1 ou 2 dias	3 ou 4 dias	quase todos os dias	todos os dias	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8) Se você tem "chiado no peito", ele é pior de manhã?					
Não	Sim				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

• Parte 2

♦ Seção 1

A) Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória:

É o meu maior problema	Me causa muitos problemas	Me causa alguns problemas	Não me causa nenhum problema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Se você já teve um trabalho pago, assinale um dos quadrados:
(passe para a Seção 2, se você não trabalha)

- minha doença respiratória me obrigou a parar de trabalhar	<input type="checkbox"/>
- minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	<input type="checkbox"/>
- minha doença respiratória não afeta (ou não afetou) o meu trabalho	<input type="checkbox"/>

Fonte:

Sousa, T., Jardim, J., & Jones, P. (Maio/Junho de 2000). Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, pp. 119-128

✦ Seção 2

As perguntas abaixo referem-se às atividades que normalmente têm provocado falta de ar em você nos últimos dias. Assinale com um "x" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
- sentado/a ou deitado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tomando banho ou vestindo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- caminhando dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- caminhando em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- subindo um lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- subindo ladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- praticando esportes ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✦ Seção 3

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e a sua falta de ar nos últimos dias. Assinale com um "x" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
- minha tosse me causa dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- minha tosse me cansa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tenho falta de ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tenho falta de ar quando dobro o corpo para frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- minha tosse ou falta de ar perturba meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fico exausto/a com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✦ Seção 4

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória nos últimos dias. Assinale com um "x" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
- minha tosse ou falta de ar me deixam envergonhado/a em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- minha doença respiratória é inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sinto que minha doença respiratória escapa ao meu controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eu não espero nenhuma melhora da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- minha doença me debilitou fisicamente, o que faz com que eu precise da ajuda de alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fazer exercício é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tudo o que faço parece ser um esforço muito grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✦ Seção 5

A) Perguntas sobre a sua medicação. Assinale com um "x" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

(passe para a Seção 6 se não toma medicamentos)

	Sim	Não
- minha medicação não está me ajudando muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- minha medicação me provoca efeitos colaterais desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

Fonte:

Sousa, T., Jardim, J., & Jones, P. (Maio/Junho de 2000). Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, pp. 119-128

♦ Seção 6

As perguntas seguintes se referem às atividades que podem ser afetadas pela sua doença respiratória. Assinale com um "x" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* se pelo menos uma parte da frase corresponde ao seu caso; se não, assinale *Não*.

	Sim	Não
- levo muito tempo para me lavar ou me vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- demoro muito tempo ou não consigo tomar banho de chuveiro ou na banheira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho da casa, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- quando subo um lance de escada, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se estou apressado/a ou caminho mais depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade para fazer atividades como: subir ladeiras, carregar objetos subindo escadas, dançar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldades para fazer atividades como: carregar grandes pesos, fazer "cooper", andar muito rápido ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade para fazer atividades como: trabalho manual pesado, correr, nadar rápido ou praticar esportes muito cansativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

♦ Seção 7

A) Assinale com um "x" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, para indicar outras atividades que geralmente podem ser afetadas pela sua doença respiratória no seu dia-a-dia: (não se esqueça que *Sim* só se aplica ao seu caso quando você não puder fazer essa atividade devido à sua doença respiratória).

	Sim	Não
- praticar esportes ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fazer o trabalho da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) A lista seguinte descreve uma série de outras atividades que o seu problema respiratório pode impedir você de realizar (você não tem que assinalar nenhuma das atividades, pretendemos apenas lembrá-lo das atividades que podem ser afetadas pela sua falta de ar).

- Passear a pé ou passear com o seu cachorro
- fazer o trabalho doméstico ou jardinagem
- ter relações sexuais
- ir à igreja, bar ou a locais de diversão
- sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumaça de cigarro
- visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Por favor, escreva qualquer outra atividade importante que sua doença respiratória pode impedir você de fazer:

C) Assinale com um "x" somente a resposta que melhor define a forma como você é afetado/a pela sua doença respiratória:

- não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
- me impede de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
- me impede de fazer a maioria das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
- me impede de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>

Obrigado por responder ao questionário. Antes de terminar, verifique se você respondeu a todas as perguntas.

Fonte:

Sousa, T., Jardim, J., & Jones, P. (Maio/Junho de 2000). Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, pp. 119-128

ANEXO XVI

Programa de treino pelo exercício

PROGRAMA DE TREINO PELO EXERCÍCIO

1. Treino dos membros

a) Treino de *endurance* dos membros: envolve grandes massas musculares e os exercícios são aplicados em moderada intensidade, por um período relativamente longo. (Ex: marcha, bicicleta).

b) Treino de *endurance* intervalado dos membros: envolve exercícios similares com intensidade variável, com períodos curtos de elevada intensidade e seguidos de períodos de baixa intensidade, aplicados de forma sequencial. São, habitualmente, melhor tolerados, causando benefícios similares aos obtidos com o treino de *endurance* e benefícios acrescidos sobre o componente periférico do descondicionamento ao esforço. É usado, em particular, em doentes com capacidade física mais diminuída.

c) Treino ao esforço: consiste na realização de exercício com resistências ou pesos/halteres. A evidência mostra que:

A associação de treino de *endurance* e de força é a estratégia adequada;

A combinação do treino de membros inferiores e superiores é benéfica, por otimizar a melhoria de dispneia em esforço e da qualidade de vida;

Os treinos de alta e baixa intensidade produzem benefícios clínicos aos doentes com DPOC.

2. Treino dos músculos respiratórios

a) O treino dos músculos respiratórios não se recomenda por rotina, estando, apenas, indicado quando a sua força está tão diminuída que passa a ser um componente da limitação ao exercício.

b) A força da musculatura inspiratória é medida pela determinação da pressão inspiratória negativa máxima (PI_{max}) e a da musculatura expiratória pela máxima pressão positiva que estes músculos conseguem gerar (PE_{max}).

3. Electroestimulação neuromuscular

a) A electroestimulação neuromuscular pode ser utilizada para ganho de massa muscular e capacidade aeróbica, sendo um modo alternativo ao treino tradicional de exercício.

b) A electroestimulação neuromuscular, apesar de só recentemente ser aplicada em doentes com DPOC altamente limitados, tem produzido resultados positivos: melhoria da força e *endurance* dos quadricípes e repercussão sobre a capacidade global de esforço.

c) Os protocolos em uso são vários, mas não há recomendação formal para a aplicação de qualquer um em particular.

4. Outras intervenções concomitantes com o treino de exercício

a) Uso de anabolizantes: a evidência científica actual não suporta o uso, por rotina, de agentes anabolizantes nos programas de RR de doentes com DPOC.

b) Suplementação com oxigénio: o uso de suplemento de oxigénio em doentes com DPOC e hipoxémia em repouso está indicado e recomendado, por rotina, por aumentar significativamente a capacidade de exercício. Assim, recomenda-se:

A administração de oxigénio com um débito de 3 a 5 L/min;

A suplementação em doentes não hipoxémicos em repouso, mas que têm hipoxemia induzida pelo exercício.

c) Técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia: as técnicas de conservação de energia têm por finalidade fazer com que o doente tenha menos dispneia nas suas actividades de vida diária ou profissional. A técnica de controlo da dispneia mais utilizada é a estratégia de respiração com os lábios semicerrados.

d) Há tarefas simples que os doentes devem ser aconselhados a fazer:

Tomar banho sentados num banco;

Calçar e descalçar os sapatos sentados;

Fazer toda a higiene matinal sentados (escovar dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se);

Usar sapatos sem cordão;

Dividir o tempo para a realização de tarefas domiciliárias;

Subir escadas degrau a degrau e não ter pressa na realização das tarefas.

e) Ventilação não invasiva: a ventilação não invasiva pode estar indicada em doentes graves seleccionados.

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (27 de Outubro de 2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).
Nº: 40A/DSPCD. Direção-Geral da Saúde.

ANEXO XVII

Escalas de Mahler

Escalas de Mahler

As escalas de Mahler dividem-se em: Índice Dispneia Basal de Mahler (utilizado para uma avaliação inicial) e Índice Dispneia de Transição de Mahler (utilizado nas avaliações seguintes). Ambos foram desenvolvidos com o objetivo de fornecer uma descrição mais completa da inter-relação dos sintomas, permitindo uma avaliação ao longo do tempo. Assim, o Índice Dispneia Basal de Mahler quantifica a dispneia através de um score global que resulta do somatório de scores parciais, relativos às dimensões de incapacidade funcional, magnitude do esforço e magnitude da tarefa. Por outro lado, o Índice Dispneia de Transição de Mahler quantifica índices positivos ou negativos para cada uma das dimensões, consoante haja melhoria ou agravamento, respetivamente

Fonte: Garcia, S., Rocha, M., Pinto, P., Lopes, A., & Bárbara, C. (Março/Abril de 2008). Treino de Músculos Inspiratórios em Doentes com DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, pp. 177-194.

ÍNDICE DE DISPNEIA BASAL MODIFICADO DE MAHLER

Este questionário ajuda-nos a compreender melhor a sua dificuldade respiratória e o modo em como ela afecta a sua vida.

Por favor RESPONDA cuidadosamente às perguntas:

Em cada um dos itens I, Ia, II, III identifique o grau a que pertence (Apenas um grau em cada item).

Marque um x no respectivo ☐ em caso afirmativo.

- Se tiver dúvidas esclareça-as

Nome: _____

Data: _____

I- Avaliação da incapacidade funcional no trabalho.

GRAU 4 ☐

Consegue efectuar as actividades habituais no seu emprego sem sentir falta de ar.

GRAU 3 ☐

A falta de ar obrigou-o a alterar algumas actividades no emprego, sem abandonar completamente as responsabilidades profissionais.

GRAU 2 ☐

Foi obrigado a reduzir o horário de trabalho ou a mudar ou reduzir as actividades ou até mesmo a mudar de emprego devido à falta de ar que desenvolvia.

GRAU 1 ☐

Já não trabalha porque se reformou antecipadamente ou foi obrigado a deixar o emprego devido as dificuldades respiratórias (falta de ar, cansaço a respirar).

Ia- Avaliação da incapacidade funcional em casa.

GRAU 4 ☐

Não diminuiu nem o número nem a velocidade de realização das actividades em casa. Não desenvolve falta de ar nessas actividades.

GRAU 3 ☐

Desenvolve alguma falta de ar, de modo que, pelo menos uma actividade é efectuada mais lentamente ou com menor frequência devido a dificuldade de respirar. Por exemplo: aspirar a casa, jardinagem, etc.

GRAU 2 ☐

Abandonou completamente uma série de actividades devido à falta de ar. A maioria de todas as outras actividades é efectuada muito lentamente. Por ex. faz carpintaria em casa, mas menos vezes e mais lentamente ou engoma a roupa menos vezes e leva mais tempo.

GRAU 1 ☐

A falta de ar levou-o a abandonar a maioria ou todas as actividades. Por ex. não sai à rua sem ajuda ou depende de outra pessoa para as compras.

II- Avaliação da incapacidade na tarefa.

GRAU 4 ☐

Só desenvolve falta de ar com tarefas muito pesadas como por exemplo:

- carregar com coisas pesadas em terreno plano.
- carregar com coisas leves em plano inclinado ou subindo escadas.
- quando corre.

GRAU 3 ☐

Desenvolve dificuldade a respirar quando:

- sobe planos muito inclinados (encostas).
- sobe dois ou mais lanços de escadas.
- carrega pesos em terreno plano.

GRAU 2 ☐

Fica com falta de ar quando:

- sobe um lance de degraus.
- sobe um piso pouco inclinado.
- caminha a passo apressado em terreno plano.
- carrega um peso ligeiro em terreno plano.

GRAU 1 ☐

Desenvolve falta de ar com actividades ligeiras como:

- andar em terreno plano com pessoas da mesma idade.
- ir à casa de banho em sua casa.
- tomar banho, vestir-se ou fazer a barba.

GRAU 0 ☐

Tem falta de ar mesmo sem realizar tarefas:

- deitado, sentado ou em pé.

III- Avaliação da incapacidade no esforço.

Executa as tarefas mais enérgicas durante pelo menos 5 minutos da seguinte maneira:

GRAU 4 ☐

Rapidamente e sem pausas.

GRAU 3 ☐

Lentamente mas sem pausas.

GRAU 2 ☐

Lentamente e com pausas, para descansar e retomar ou até mesmo desistir.

GRAU 1 ☐

Muito lentamente com muitas paragens e por vezes abandona a tarefa.

GRAU 0 ☐

Tem falta de ar em repouso, ou sentado ou deitado.

**ÍNDICE DE DISPNEIA DE TRANSIÇÃO
(MAHLER)**

**EM CADA UM DOS ITEMS I, Ia, II, III IDENTIFIQUE O GRUPO A QUE PERTENCE (APENAS UM GRUPO EM CADA ITEM).
MARQUE UM X EM NO RESPECTIVO ☐ EM CASO AFIRMATIVO.**

- SE TIVER DÚVIDAS ESCLAREÇA-AS.

NOME: _____

DATA: _____ Nº Processo: _____

I-MODIFICAÇÃO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL

GRAU 6 ☐

Teve de deixar de trabalhar e abandonou completamente algumas das actividades habituais devido à dificuldade na respiração.

GRAU 5 ☐

Teve de deixar de trabalhar ou abandonou completamente algumas das actividades habituais devido à dificuldade na respiração.

GRAU 4 ☐

Mudou-se para um trabalho mais ligeiro e/ou reduziu as suas actividades em número e duração, devido à dificuldade na respiração.

GRAU 3 ☐

Não houve alteração no emprego ou em casa devido à dificuldade respiratória.

GRAU 2 ☐

Conseguiu voltar a trabalhar a ritmo reduzido ou voltou a fazer algumas actividades habituais com mais vigor devido à melhoria na respiração.

GRAU 1 ☐

Conseguiu retomar o trabalho a um ritmo quase igual ao antigo e/ou retomou a maioria das actividades habituais com restrição ligeira apenas.

GRAU 0 ☐

Conseguiu retomar o trabalho ao ritmo antigo e retomou todas as actividades anteriores devido à melhoria da respiração.

II -MODIFICAÇÃO NO GRAU DE TAREFA

GRAU 4 ☐

Só desenvolve falta de ar com tarefas muito pesadas como por exemplo:

- carregar com coisas pesadas em terreno plano.
- carregar com coisas leves em plano inclinado ou subindo escadas.
- quando corre.

GRAU 3 ☐

Desenvolve dificuldade respiratória quando:

- sobe planos muito inclinados (encostas).
- sobe dois ou mais lanços de escadas.
- carrega pesos em terreno plano.

GRAU 2 ☐

Fica com falta de ar quando:

- sobe um lanço de degraus.
- sobe um piso pouco inclinado.
- caminha a passo apressado em terreno plano.
- carrega um peso ligeiro em terreno plano.

GRAU 1 ☐

Desenvolve falta de ar com actividades ligeiras como:

- andar em terreno plano com pessoas da mesma idade.
- ir à casa de banho em sua casa.
- tomar banho, vestir-se ou fazer a barba.

GRAU 0 ☐

Tem falta de ar mesmo a realizar tarefas: deitado, sentado ou em pé.

III -MODIFICAÇÃO NO GRAU DE ESFORÇO

GRAU 6 ☐

As actividades levam o dobro do tempo, a fim de serem executadas.

GRAU 5 ☐

Houve aumento de esforço, havendo uma grande pausa nalgumas actividades.

GRAU 4 ☐

Não faz mais pausas, mas faz as coisas com mais dificuldade que anteriormente.

GRAU 3 ☐

Não houve modificação no esforço para realizar actividades.

GRAU 2 ☐

É capaz de fazer coisas com menos dificuldade e sem falta de ar. Por exemplo é capaz de executar tarefas mais rapidamente.

GRAU 1 ☐

É capaz de fazer as coisas com menos pausas e menos dificuldade e sem falta de ar.

GRAU 0 ☐

É capaz de efectuar actividades sem pausas e em metade do tempo que anteriormente.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Projeto de formação

4.º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Reabilitação Respiratória à Pessoa com DPOC: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Nuno Ferreira Filipe

Lisboa

Julho de 2013





4.º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Reabilitação Respiratória à Pessoa com DPOC: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Autor:

Nuno Ferreira Filipe

Sob a orientação da Professora M^a Céu Sá

Lisboa

Julho de 2013

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Gravidade da DPOC de acordo com espirometria	20
Quadro 2 – Atividades a desenvolver no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (competências comuns do Enfermeiro Especialista).....	33
Quadro 3 – Atividades a desenvolver no âmbito do domínio da melhoria da qualidade (competências comuns do Enfermeiro Especialista)	34
Quadro 4 – Atividades a desenvolver no âmbito do domínio da gestão dos cuidados (competências comuns do Enfermeiro Especialista).....	35
Quadro 5 – Atividades a desenvolver no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (competências comuns do Enfermeiro Especialista)	36
Quadro 6 – Atividades a desenvolver no âmbito da competência “Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (específica do EEER).....	37
Quadro 7 – Atividades a desenvolver no âmbito da competência “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (específica do EEER)	38
Quadro 8 – (Competência J3) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (específica do EEER)	39
Quadro 9 – Cronograma.....	41

LISTA DE SIGLAS

AVD – Atividade de Vida Diária

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRFR - Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipa de Gestão de Altas

FEV1 – Volume expiratório forçado no 1º Segundo

FVC – Capacidade vital forçada

HSM – Hospital de Santa Maria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigenoterapia de longa duração

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos

VEMS – Volume Expiratório Máximo em um Segundo

VNI – Ventilação não-invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ÁREA PROBLEMÁTICA: A EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA PESSOA COM DPOC.....	16
1.1. Diagnóstico da Situação.....	17
1.2. Definição de DPOC	18
1.3. Fisiopatologia da DPOC.....	18
1.4. Diagnóstico	19
1.5. Tratamento.....	20
1.5.1. Tratamento Farmacológico.....	21
1.5.2. Tratamento não farmacológico	21
Oxigénio de longa duração	21
Ventilação não invasiva.....	21
Cirurgia.....	22
Reabilitação respiratória.....	22
Educação para a saúde	23
Ensino sobre alimentação	23
Estratégias de Cessação Tabágica.....	24
Reeducação funcional respiratória.....	24
2. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGÍNIA HENDERSON.....	27
3. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO;	30
3.1. Objetivos gerais	30
3.2. Objetivos específicos	31
3.3. Fundamentação e escolha dos locais de estágio.....	31
4.2. Actividades a Desenvolver.....	32

3.4. Previsão das limitações e estratégias de resolução.....	40
3.4.1. Cronograma;.....	40
4. CONCLUSÃO.....	42
BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUÇÃO

A noção de projeto constitui o objeto de expectativas e investimentos aparentemente convergentes de atores sociais portadores, no entanto, de interesses muito diversos (Barbier, 1996).

No âmbito da unidade curricular opção II – Projeto de formação, inserida no 4º curso de mestrado em enfermagem com área de especialização de enfermagem em reabilitação surge o presente projeto de formação. Surge, sobretudo, no decorrer de um processo de construção como aluno, enfermeiro e como pessoa. De cariz intencional, planeado, muito ponderado, associado ao sonho de continuar a prestar cuidados de saúde de excelência, tem-se bem presente o cariz flexível e passível de mudança associado ao período definido de tempo para o concretizar.

Enquanto prática autoformativa, o presente projeto de formação permite desenvolver e adquirir competências necessárias ao desenvolvimento profissional, académico e pessoal. As competências profissionais a desenvolver enquadram-se nos domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação¹⁹. As competências académicas a desenvolver - no âmbito do 4.º curso de mestrado em enfermagem com área de especialização em enfermagem de reabilitação - enquadram-se, com base no pensamento crítico e reflexivo, nas competências do 2º ciclo (Grau de Mestre), enunciadas no Processo de Bolonha.

A adequação dos cuidados de enfermagem à população passa pela resposta adequada às suas necessidades. Com base nesta premissa, a OE (Ordem dos Enfermeiros) desenvolveu o modelo de desenvolvimento profissional (MDP), na perspectiva de se tornar uma referência para os cuidados de enfermagem. O MDP “assume particular relevância e os seus eixos estruturantes - a certificação de competências e a individualização das especialidades - constituem-se como importantes mecanismos de regulação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Neste sentido, considerando que a reabilitação respiratória da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) condiciona a progressão e controlo da doença, a experiência vivida pela pessoa com DPOC apresenta-se como uma problemática

¹⁹ Regulamentos nº 122/2011 e 125/2011, publicados no D.R. n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

de especial interesse. A aplicação de programas de reabilitação respiratória nos doentes com DPOC, área de intervenção de excelência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, constitui uma abordagem terapêutica com grau de evidência 1 e recomendação A (GOLD, 2011).

Este projeto, tem como **objetivos gerais**: desenvolver competências técnicas, científicas e humanas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados, que promovam / otimizem o processo de reabilitação nas dimensões biológica, psicológica, social e cultural da pessoa com DPOC; desenvolver competências técnicas, científicas e humanas que permitam prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação nas áreas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação sensório-motora. As competências e conhecimentos a adquirir serão consolidados num período de estágio e, posteriormente, expostos e refletidos em relatório final, o qual terá como ponto de partida este projeto.

Silva & Graveto (2008), citando Adam (1994), defendem que os modelos teóricos de enfermagem contribuem para a emancipação da profissão, ao levarem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da Enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes poderá surgir.

Prevendo-se que, nos campos de estágio, ao trabalhar em diferentes equipas, será fundamental basear as atividades de enfermagem num modelo comum, que possibilite aplicação do processo de enfermagem centrando os cuidados na pessoa, conseguindo assim vantagens não só para a equipe, como também a pessoa – centro dos cuidados – adotou-se o modelo conceptual de Virgínia Henderson. Henderson (1966) definiu a enfermagem em termos funcionais defendendo que é função da enfermeira:

assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível (Tomey & Alligood, 2004, p. 114).

A enfermagem de reabilitação tem como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto – estima (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

O cliente em enfermagem e o processo de enfermagem são dois dos domínios do conhecimento em enfermagem. As teorias de enfermagem, no seu conjunto,

defendem que a enfermagem enquanto ciência se centra na pessoa cujas necessidades não são satisfeitas devido a doença ou na pessoa que necessita de ajuda em manter ou melhorar o seu bem-estar. A pessoa, conceito central em enfermagem, é o cliente, ser humano com necessidades que está em interação constante com o meio envolvente ao qual tem a capacidade de se adaptar, contudo, devido a doença, risco ou vulnerabilidade, está em desequilíbrio. Este desequilíbrio manifesta-se através das necessidades não satisfeitas, incapacidade para se autocuidar e respostas não adaptadas por parte do indivíduo (Tomey & Alligood, 2004). De acordo com Cestari (2003), as intervenções de enfermagem perante um determinado cliente insere-se num determinado contexto que é complexo, exigente e cujo exercício pressupõe o domínio de determinados conhecimentos. Nenhuma forma de conhecimento é uma entidade independente que surge separada do sujeito que conhece e forma de um contexto socio-cultural. Neste sentido, o processo de enfermagem permite uma avaliação do diagnóstico, do planeamento e da avaliação, com o objetivo final de estabelecer e alcançar objetivos. O processo de cuidados na prática clínica é, assim, um processo de interação onde o centro é a pessoa, onde o enfermeiro possui conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla.

O cliente como um ser humano que precisa de ajuda para obter independência; as catorze necessidades humanas básicas que permitem nortear a intervenção dos cuidados de enfermagem, e a prática de uma enfermagem autónoma, interdependente e intencional (Tomey & Alligood, 2004) foram os principais pressupostos da filosofia de Virgínia Henderson (modelo da independência na satisfação das necessidades fundamentais) que nortearam a opção por esta teórica na intervenção dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação deste projeto.

A Enfermagem de Reabilitação foi definida por Stryker (1977) como “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida” (Hoeman, 2000, p. 3). Para Chin, Rosebrough, & Finocchiaro (1998), este processo envolve ainda a educação e o desenvolvimento do autocuidado por parte do cliente, tendo como objetivo assistir a pessoa com

desvantagem/deficiência ou doença crónica de forma a atingir a aptidão máxima possível, a manutenção/otimização da saúde e a adaptação de estilos de vida.

O enfermeiro de reabilitação, segundo Hoeman (2000), tem portanto uma função preponderante como: educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa.

1. ÁREA PROBLEMÁTICA: A EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA PESSOA COM DPOC

Como disciplina com intervenção na área da saúde a Enfermagem tem como alvo de cuidar a Pessoa, ser complexo, único, em interação permanente com o meio que a rodeia. A pessoa é assim definida como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 6).

De acordo com Martires (2003), a pessoa deve ser entendida numa dimensão holística, surgindo duas premissas básicas: a pessoa reage sempre como um todo unificado; a pessoa, como um todo, é diferente de, e mais, do que a soma das partes.

Encarar a Pessoa, numa dimensão holística, como o alvo dos cuidados de enfermagem é o caminho orientador da individualização dos cuidados. Segundo Radwin & Alster (2002) a individualização dos cuidados de enfermagem baseia-se no princípio de que as pessoas doentes devem ser cuidadas tendo em conta a sua unicidade e diversidade.

Neste sentido, as conceções atuais de enfermagem orientam-se e centram-se na pessoa. Como tal, a boa prestação de cuidados (cuidados de qualidade) envolve uma componente de humanização e, à competência técnica do enfermeiro, deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social (Simões, 1995).

Sendo o foco deste projeto a pessoa com DPOC, considera-se que esta pessoa ao possuir o diagnóstico de uma doença respiratória crónica e incapacitante, tem enorme potencial para sofrer alterações profundas na sua qualidade de vida. A abordagem de enfermagem é centrada na pessoa com DPOC e no que a rodeia, encarando a pessoa como um ser-bio-psico-social, cultural e espiritual (visão holística), através dos cuidados que presta.

1.1. Diagnóstico da Situação

De acordo com dados apresentados no relatório de 2012 do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, na população portuguesa verifica-se uma prevalência de 14,2% em indivíduos com mais de 45 anos, o que sugere a existência provável de 800.000 portugueses com DPOC, nos seus diversos estádios.

Estima-se ainda que até 2020 a DPOC será a quinta entre as condições com o maior fardo para a sociedade em toda a escala mundial. Isto irá resultar numa pressão crescente sobre o sistema de saúde (Blackstock & Webster, 2006).

Neste contexto, a DPOC apresenta-se como um grave problema de saúde pública, que importa valorizar de forma a desenvolver planos terapêuticos e de intervenção que envolvam a comunidade e equipas de saúde multidisciplinares com formação específica.

O plano terapêutico dos doentes que sofrem desta patologia inclui medidas como a desabituação tabágica, a inaloterapia, a corticoterapia e a associação de outros fármacos, os cuidados de hidratação e nutrição, a oxigenoterapia de longa duração (OLD), a ventilação não invasiva (VNI), a **reabilitação respiratória** (RR) e a cirurgia de transplante pulmonar. Estas ações têm o intuito de evitar a progressão da doença, aliviar a sintomatologia, prevenir e tratar agudizações e complicações, melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida (Cardoso, et al., 2008).

“Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de ajudar os doentes e seus cuidadores, no estabelecimento de um plano de cuidados que assista o doente durante toda a evolução da doença” (Norma nº 28/2011 de 30/09 da DGS).

No âmbito da reabilitação respiratória, na constituição da equipa consideram-se indispensáveis: o pneumologista, o fisiatra, o enfermeiro de reabilitação e o fisioterapeuta; devendo o grupo ideal incluir também psicólogo, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional (Circular informativa nº40ª/DSPCD de 27/10/2009 da DGS).

O papel do enfermeiro centra-se na elaboração em cooperação com os outros técnicos da equipa multidisciplinar de um plano terapêutico global para o cliente, em que este é um parceiro e o fulcro da sua actuação, ajudando-o na responsabilização pela manutenção da sua saúde como ator privilegiado na tomada de decisão. Assim o enfermeiro, formula diagnósticos de enfermagem e propõe intervenções, centradas na relação terapêutica, como forma de garantir o auto controlo e o autocuidado do cliente, onde a adoção de um estilo de vida mais

saudável, pelo recurso ao exercício físico, a uma alimentação saudável, à cessação tabágica são de realçar (Diez, 2013).

1.2. Definição de DPOC

A DPOC, uma doença prevenível e tratável, é caracterizada por uma limitação persistente do fluxo aéreo que é geralmente progressiva e associada a resposta inflamatória crónica aumentada das vias aéreas e pulmões a partículas e gases tóxicos (GOLD, 2011).

1.3. Fisiopatologia da DPOC

Segundo a GOLD (2011), a DPOC resulta de danos causados aos pulmões durante muitos anos, geralmente associados ao tabagismo crónico, sendo uma das principais causas de morbilidade crónica e de mortalidade em todo o mundo.

A principal característica da DPOC é a limitação crónica do fluxo aéreo, causada por uma mistura entre doenças das pequenas vias aéreas (bronquiolite obstrutiva) e destruição do parênquima (enfisema). Estes processos contribuem de forma diferente na evolução da doença em cada pessoa. Trata-se de um processo inflamatório crónico causa alterações estruturais e um estreitamento das pequenas vias aéreas. O parênquima pulmonar ao ser destruído, também por processos inflamatórios, origina uma perda da adesão dos alvéolos às pequenas vias aéreas e uma diminuição da elasticidade destas vias, conduzindo a uma diminuição da capacidade destas permanecerem abertas durante a expiração (GOLD, 2011).

Na bibliografia verifica-se frequentemente a utilização dos termos “enfisema” e “bronquite crónica”, quando se define e explica a fisiopatologia da DPOC. Estes não se incluem nas definições utilizadas pela GOLD. No entanto, LUÍS, PINA, VIEIRA, & SOTTO-MAYOR (2001) referem que a DPOC reúne as duas entidades, e sua característica fisiopatológica comum é a de evoluírem para uma limitação dos débitos expiratórios, persistente e de tendência progressiva. Os mesmos autores defendem ainda que a hiper-reactividade brônquica poderá estar presente e, por um período variável após o diagnóstico, poderá observar-se reversibilidade parcial da obstrução ventilatória.

1.4. Diagnóstico

Na fase inicial da doença a observação pode revelar-se normal ou podem verificar-se sinais de obstrução como expiração prolongada e sibilos na expiração forçada. Ao verificar-se o agravamento da obstrução evidenciam-se os sinais de insuflação (aumento do diâmetro antero-posterior do tórax, hipomobilidade diafragmática, hipersonoridade a percussão, diminuição dos sons respiratórios e apagamento dos sons cardíacos). Nas fases avançadas tornam-se visíveis as posturas típicas para alívio da dispneia (apoio nos membros superiores, contração de músculos acessórios da respiração, padrão respiratório com lábios apertados, tiragem, cianose e sinais de insuficiência cardíaca direita com edemas periféricos, estase hepática e distensão das veias jugulares, ou outros sinais como os de desnutrição) (Luís, Pina, Vieira, & Sotto-Mayor, 2001).

De acordo com a Direcção-geral da Saúde (2011), o diagnóstico de DPOC é feito na presença de: sintomas respiratórios crónicos e progressivos (tosse, expectoração, dispneia, cansaço com atividade física e pieira); exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras e gases inalados); alterações espirométricas considerando (relação FEV_1/FVC^{20} inferior a 70% após broncodilatação).

Uma vez que os doentes tendem a desvalorizar os sintomas, por estarem ausentes em repouso ou por autolimitação da atividade física, recomenda-se que a avaliação destes seja ativamente investigada.

A espirometria é sempre realizada para diagnosticar obstrução ao fluxo aéreo em doentes com sintomas respiratórios, sendo o valor de FEV_1 e a realização de outros exames de diagnóstico é fundamental para determinar o grau da doença (Quadro 1).

²⁰ FEV_1 = volume expiratório forçado no 1º Segundo; FVC = capacidade vital forçada.

Quadro 1 – Gravidade da DPOC de acordo com espirometria

Pós Broncodilatação	Pós Broncodilatação
FEV1/FVC <70%	Estádio I – Ligeiro FEV1 ≥80%
	Estádio II – Moderado 50%≤FEV1 <80%
	Estádio III – Grave 30%≤FEV1 <50%
	Estádio IV – Muito Grave FEV1 <30% ou FEV1 <50% com insuficiência respiratória crónica

Fonte: Direcção-geral da Saúde (2011)

A gravidade da DPOC é também influenciada pelas múltiplas comorbilidades que lhe estão associadas e pelas exacerbações agudas, como tal estas também devem ser ativamente investigadas.

1.5. Tratamento

Uma vez instalada a doença, os objetivos da abordagem terapêutica podem ser definidos por: Promover a melhoria de sintomas; Prevenir e tratar as exacerbações recorrentes; Reduzir ao máximo o declínio funcional a curto e a longo prazo; Melhorar a performance para as atividades de vida diária e a qualidade de vida; Impedir ou minimizar os efeitos adversos da terapêutica (Luís, Pina, Vieira, & Sotto-Mayor, 2001).

Considera-se que o principal fator de risco de DPOC é a exposição prolongada ao fumo do tabaco (havendo no entanto outros, como sejam a exposição ambiental ou profissional). Neste sentido todos os fumadores devem ser alvo de uma intervenção breve (sensibilização de alguns minutos) sobre a necessidade e vantagens da evitação tabágica, sendo posteriormente referenciados para uma consulta de desabitação tabágica, se motivados para deixar de fumar.

Os indivíduos com DPOC devem fazer a vacinação adequada. A vacina da gripe deverá ser feita anualmente (evidência A). A vacina pneumocócica deverá ser feita todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, e se a idade for inferior a 65 anos deverão ter um FEV1 < 40% (evidência B).

1.5.1. Tratamento Farmacológico

Em doentes sintomáticos adota-se o **tratamento farmacológico**, determinado pelos estádios de gravidade da DPOC e pelo grau de redução do FEV1, e consistindo na administração de broncodilatadores inalatórios de curta duração de ação, B2 agonistas (SABA), anticolinérgicos (SAMA), broncodilatadores inalatórios de longa duração de ação, B2 agonistas (LABA) e anticolinérgicos (LAMA), corticosteroides inalados (ICS) e oxigenoterapia.

O tratamento **das exacerbações** agudas da DPOC deverá ser efetuado fazendo uso combinado de doses mais elevadas de broncodilatadores de curta ação e o uso de corticosteroides orais ou endovenosos (prednisolona) é recomendado em doentes graves e muito graves. Os antibióticos são fundamentais no tratamento das exacerbações agudas da DPOC graves que cursam com purulência. Recomenda-se a prescrição de OLD nos doentes que têm hipoxemia grave em repouso (evidência A) (Direcção-geral da Saúde, 2011).

1.5.2. Tratamento não farmacológico

No tratamento não farmacológico inclui-se a OLD, a VNI, cirurgia e a RR.

Oxigénio de longa duração

De acordo com as recomendações da GOLD (2011), os doentes com indicação para OLD - oxigenioterapia por mais de quinze horas por dia - encontram-se no estágio IV da doença. Ao aumentar a concentração de oxigénio diminui-se o trabalho ventilatório, melhora-se o metabolismo orgânico, as funções cardiovascular e muscular sistêmica, o desempenho em testes neuropsicológicos, a capacidade de realização das atividades da vida diária, associa-se à melhoria do sono, ao aumento do peso corporal e à redução do número de internamentos (Bartholo, Gomes, & Filho, 2009).

Ventilação não invasiva

Uma opção terapêutica não-farmacológica que tem apresentado eficácia é a **VNI**, pela forma como modifica a recuperação e qualidade de vida, especialmente no domicílio, em alguns doentes.

A VNI atua como um tratamento adjunto aos exercícios por reduzir a sobrecarga dos músculos respiratórios. Existem evidências de que a administração a curto prazo da VNI a doentes com DPOC hipercápnicos estáveis reduz a hiperinflação, provavelmente por aumentar o tempo expiratório, permitindo um esvaziamento mais completo das unidades pulmonares (Fernandes, 2009).

A Direção-Geral da Saúde (2011) recomenda a VNI nos doentes com DPOC em que, apesar de uma OLD bem conduzida, se verifique uma das seguintes situações: Pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO_2) > 55 mmHg; PaCO_2 entre 50 e 54 mmHg, com dessaturação noturna ou mais que dois episódios por ano de insuficiência respiratória aguda com internamento.

A ventilação não invasiva por pressão positiva diminui a carga dos músculos inspiratórios e o trabalho respiratório do doente (Troosters, Casaburi, Gosselink, & Decramer, 2005).

Cirurgia

A **cirurgia** é uma solução para alguns dos pacientes com DPOC. De acordo com Niewoehner (2010), a primeira opção cirúrgica consiste na redução de volume pulmonar, que envolve a ressecção de tecido severamente enfisematoso de ambos os lobos superiores, permitindo que o restante tecido pulmonar expanda e adquira a sua função normal. O transplante pulmonar é também uma opção cirúrgica. Niewoehner (2010), citando Staven (2006), refere que a taxa média de sobrevivência após o transplante (cerca de 5 anos) continua a ser muito inferior ao associado ao transplante de outros órgãos. Não se sabe se o procedimento reduz a mortalidade, em comparação com a terapia médica ótima.

Reabilitação respiratória

Como foi referido atrás uma das opções de tratamento não farmacológico da DPOC passa pela **RR** e, de acordo com a GOLD (2011), as acções de reabilitação são fundamentais para melhorar a qualidade de vida do doente e sua capacidade para realização de atividades físicas.

Segundo a Direcção-geral da Saúde (2011) são candidatos a um programa de **reabilitação respiratória** (evidência A): doentes graves e muito graves ($\text{FEV}_1 <$

50%); doentes ligeiros e moderados (FEV1 \geq 50%) com limitação da capacidade de exercício; doentes com internamento por exacerbação.

A GOLD (2011) apresenta o programa de reabilitação respiratória dirigido para os estádios II, III e IV da DPOC, mas essencialmente dirigido a doentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa.

São contra-indicações para reabilitação respiratória: Doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva grave; Comorbilidades instáveis, como a doença isquémica instável ou a insuficiência cardíaca descompensada; Hipoxémia induzida pelo esforço refratária à administração de Oxigénio; Impossibilidade de praticar exercício, por exemplo, por doença reumatismal ou neurológica (Direção-Geral da Saúde, 2009).

Cordeiro & Menoita (2012) definem como componentes da reabilitação respiratória: a otimização terapêutica, a educação da pessoa e seus familiares, a reeducação funcional respiratória (RFR), o treino de exercício e a intervenção psico-social.

Educação para a saúde

Componente de êxito dum programa de reabilitação respiratória, deve incluir não só o doente mas também os familiares. Deve ser explicado o que é a DPOC, importância do exercício físico, evitação tabágica, alimentação, terapêutica (gestão e execução de técnicas), exercícios de RFR, treino de exercício, técnicas de conservação de energia e sexualidade do doente com DPOC (Cordeiro & Menoita, 2012).

Ensino sobre alimentação

A composição da dieta afeta produção de dióxido de carbono e consequentemente os movimentos respiratórios. Pela conversão dos principais nutrientes (hidratos de carbono, gorduras e proteínas) em energia, o organismo consome oxigénio e produz dióxido de carbono. A carência de proteínas leva ainda à diminuição de volume do diafragma, contribuindo para a deterioração da função pulmonar e função imunológica (pelo aumento de infeções). É frequente aconselhar a restrição de líquidos para diminuir a pressão vascular pulmonar, no entanto dificulta a remoção de secreções pulmonares espessas. A carência de alguns sais minerais produz também alterações na ventilação: fosfatos (diminui a resposta ventilatória à hipoxia);

magnésio (provoca fadiga dos músculos respiratórios); Sódio (diminui o apetite); potássio (diminuir a força dos músculos respiratórios) (Salgado & Montoya, 2006).

Para além das alterações já referidas, Cordeiro & Menoita (2012) referem ainda que a desnutrição provoca uma diminuição da elasticidade e função pulmonar e alteração dos mecanismos de controle da respiração.

Estratégias de Cessação Tabágica

De acordo com Kasper (2000), citado por Cordeiro & Menoita (2012), deixar de fumar é a medida mais importante no controlo da DPOC, verificando-se que embora a função pulmonar perdia não seja readquirida, o ritmo do declínio do VEMS (volume expiratório máximo em um segundo) regressa rapidamente ao dos não-fumadores.

Na abordagem clínica ao fumador, a Direcção-Geral da Saúde (2007) distingue dois tipos de intervenção: uma intervenção breve (em que se aproveitam todos os contactos do paciente com o profissional de saúde) e intervenção de apoio intensivo (efetuadas em consulta especificamente programada para o efeito, por profissionais habilitados e treinados).

A **intervenção breve** pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, mediante a forma de um aconselhamento mínimo (2-3 minutos) ou de um aconselhamento mais aprofundado (até 10 minutos). Este tipo de intervenção prevê o cumprimento de cinco passos (“5 Ás”): 1º A – **A**bordar hábitos; 2º A – **A**conselhar a parar; 3º A – **A**valiar a motivação; 4º A – **A**judar na tentativa; 5º A – **A**companhar.

Perante um fumador que se mostre pouco motivado ou recetivo à ideia de parar de fumar, o profissional de saúde pode tentar reforçar a motivação mediante uma abordagem estruturada em função dos chamados “5Rs” (Direcção-Geral da Saúde, 2007): 1.º R – Relevância dos benefícios; 2.º R – Riscos em continuar; 3.º R – Recompensas; 4.º R – Resistências; 5.º R – Repetição. (Ver Anexo I)

Reeducação funcional respiratória

“A reeducação funcional respiratória ou cinesiterapia respiratória é uma terapêutica baseada no movimento, (...) atuando principalmente sobre os fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, sobre a ventilação externa e, através desta, tentar melhorar a ventilação alveolar” (Heitor, Camila, Ferreira, Olazabal, & Maia, 1988, p. 2).

De acordo com Cordeiro & Menoita (2012) a RFR deve ser iniciada precocemente nas pessoas com DPOC que apresentem sintomatologia, tendo não só um sentido profilático como terapêutico.

Os mesmos autores definem como componentes clássicas do programa de RFR da pessoa com DPOC: os exercícios respiratórios de âmbito geral, o treino dos músculos respiratórios, dos membros superiores e inferiores e as técnicas de conservação de energia.

Os **exercícios respiratórios** ajudam a diminuir a hiperinsuflação dinâmica, favorecem as trocas gasosas, promovem o aumento da força e resistência dos músculos respiratórios e otimizam o padrão toraco-abdominal (Fernandes, 2009).

Exercícios respiratórios como **respiração diafragmática** e **respiração com os lábios semicerrados** ajudam o doente a controlar a sensação de “falta de ar”, melhorar a sua capacidade ventilatória, sincronizar o uso dos músculos abdominais com os movimentos respiratórios e consequentemente favorecer as trocas gasosas (Fishman, et al., 2008).

Relativamente aos músculos abdominais, os mesmos autores referem que a respiração abdominal é uma manobra que consiste na coordenação da expansão abdominal durante a inspiração e contração dos músculos abdominais durante a expiração.

Todas estas técnicas devem ser associadas a outros exercícios como **reeducação das hemicúpulas diafragmáticas**, porção costal inferior bilateral e exercícios respiratórios globais (implicam a mobilização dos membros superiores ou inferiores sincronizados com os movimentos respiratórios) (Heitor, Camila, Ferreira, Olazabal, & Maia, 1988).

Face às situações de dispneia que a pessoa com DPOC apresenta, num programa de RFR são também de extrema utilidade o ensino e treinamento de **posições de descanso e relaxamento**.

As posições de descanso e relaxamento (como por exemplo a posição de cocheiro) têm como objetivo reduzir a tensão física e psíquica para um melhor desempenho na realização dos exercícios que constam do programa de RFR (Heitor, Camila, Ferreira, Olazabal, & Maia, 1988).

Para além das alterações nos músculos respiratórios, a pessoa com DPOC apresenta igualmente alterações nos **músculos esqueléticos**, normalmente relacionadas com a diminuição do condicionamento físico, metabolismo dos aminoácidos, inflamação sistémica e stress oxidativo (Cordeiro & Menoita, 2012). É também importante a realização de treino de exercício geral.

O **exercício** pode funcionar também como distração de preocupações em doentes que são mais suscetíveis ao desenvolvimento de depressão, e sendo os exercícios realizados em grupo, fornecem contactos sociais regulares e suporte social, podendo reduzir a depressão em indivíduos isolados socialmente (Fernandes, 2009).

O **recondicionamento ao esforço** constitui geralmente a etapa final do programa de reabilitação respiratória, visando aumento da tolerância ao exercício, diminuição da necessidade de oxigénio para o mesmo esforço, redução do número de hospitalizações e melhoria da qualidade de vida do doente.

A utilização de **técnicas de conservação de energia** são uma componente do programa de RFR fundamentais para reduzir a sensação de dispneia e prevenir e diminuir durante a realização de vida diária.

A título de exemplo são referidas algumas técnicas de conservação de energia, propostas pela Direção-Geral da Saúde (2009), na execução de tarefas e que devem ser ensinadas ao doente podendo contribuir significativamente para o controle da dispneia: Realizar grande parte dos autocuidados (tomar banho, lavar os dentes, barbear-se, lavar a cara, pentear-se, calçar e descalçar sapatos, vestir e despir a parte de cima do corpo) sentado num banco; Usar sapatos sem cordão; Dividir o tempo para realização de tarefas diárias; Subir escadas devagar e degrau a degrau; Não ter pressa na realização de tarefas.

2. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGÍNIA HENDERSON

Segundo Adam (1994), citado por Silva & Graveto (2008, p. 67):

“todos os profissionais de saúde têm um objectivo comum: manter e melhorar a saúde e o bem-estar. Contudo, esse objectivo, para que todos tendem, abrange finalidades próprias de cada profissão, que importa clarificar. Compete, pois, a cada um justificar a sua presença na equipa, dando a conhecer, não só por palavras mas também por actos, a natureza do seu contributo pessoal e profissional para a melhoria da saúde.”

Os mesmos autores defendem que os Modelos Teóricos de Enfermagem contribuem para a emancipação da profissão, ao levarem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da Enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes poderá surgir.

Os Enfermeiros de Reabilitação mais bem sucedidos, são aqueles que estão preparados para avaliar o sistema de cuidados de saúde de uma outra cultura, o que significa uma correta avaliação do contexto, do processo, do significado e de modelos de explicação, antes de fazer quaisquer juízos ou iniciar intervenções (Hoeman, 2000).

No processo de formação em curso, pretendendo atingir um nível de cuidados especializados, normalmente associados a um elevado desenvolvimento teórico e de experimentação de conceitos, nenhum modelo unificado ou de teorias, é adequado ou suficiente para servir um paradigma único para a enfermagem profissional. Pretende-se fazer uma abordagem aos diferentes modelos teóricos, centrando a prestação de cuidados na pessoa e ajustando o modelo que melhor se enquadra à situação apresentada.

No entanto, prevendo-se que nos campos de estágio, ao trabalhar em diferentes equipas, será fundamental basear as atividades de enfermagem num modelo comum, centrado na pessoa, conseguindo assim vantagens não só para a equipe, como também a pessoa – centro dos cuidados – adotou-se o modelo conceptual de Virgínia Henderson.

Henderson (1966), definiu a enfermagem em termos funcionais defendendo que:

a única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível (Tomey & Alligood, 2004, p. 114).

Virgínia Henderson, citada por Tomey & Alligood (2004, p.114) não definiu a saúde mas equiparou-a à independência, referindo que “é a qualidade da saúde e não a própria vida, a margem de vigor mental/físico que permite a uma pessoa trabalhar com maior eficácia e obter o nível de satisfação potencial mais elevado na vida.”

Segundo Virgínia Henderson, a planificação de cuidados de enfermagem deve estar centrada em três postulados fundamentais: o de que todo o ser humano deseja a independência e tende para ela, que o indivíduo é um todo com necessidades fundamentais e que pelo facto de uma necessidade não estar satisfeita, o indivíduo não está completo nem independente (Adam, 1994). A pessoa, mesmo não estando completa ou não sendo independente, pode ser autossuficiente, ou seja, o importante não é estar completa, mas sim estar dentro da limitação individual, e que cada um consiga viver com as sua limitação, o seu dia-a-dia.

Este modelo conceptual centra-se, então, na satisfação das seguintes catorze necessidades humanas fundamentais, nas suas dimensões bio-psico-socio-culturais: respirar; comer e beber; eliminar; manter a temperatura corporal; vestir e despir; estar limpo e proteger os tegumentos; movimentar-se e manter uma postura correta; evitar os perigos; comunicar com os seus semelhantes; dormir e repousar; agir segundo as suas crenças; aprender, ocupar e recrear.

A preocupação com a satisfação das necessidades foi muitas vezes associada a uma visão redutora dos cuidados de enfermagem. De acordo com (Rosa & Basto, 2009), o significado que é dado a “necessidades” é de deficit humano, falta de algo que pode ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros e para Virgínia Henderson o sentido de *necessidade* era o de *requirement* e não o de *lack*. Com base na hierarquia das necessidades de Maslow, construiu-se uma teorização dos cuidados de enfermagem, que se enquadra no conceito de saúde idealizado e caracterizado por parâmetros mensuráveis e numa visão da função dos profissionais de saúde como sendo detentores do saber e do poder. Uma linha de pensamento muito próxima do pensamento médico da época.

No entanto, Tomey & Alligood (2004), citando Virgínia Henderson, referem que não se encontram uma definição específica dessas necessidades mas, segundo Henderson, **a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem** e o enfermeiro deve ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas

necessidades, o mais cedo possível, entendendo por necessidade o requisito ou exigência e não a falta.

Ao estudar a influência que o modelo de Virgínia Henderson tem na formação de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, Gomes (2008) refere os conceitos de reabilitação não estão direcionados para a doença/deficiência, numa abordagem conducente ao modelo biomédico, mas sim à volta de três níveis (órgão, pessoa, sociedade). Neste sentido a determinação das necessidades e a avaliação dos resultados deve ser consciente com os vários domínios funcionais (físico, mental, emocional e social), e a intervenção do enfermeiro não pode ser direcionada exclusivamente para a recuperação ou adequação à limitação física, mas tem que estabelecer uma abordagem integradora em que o próprio indivíduo seja protagonista do seu processo de reabilitação.

De acordo com o mesmo autor, isto permitirá que o doente mobilize as suas próprias energias físicas, psicológicas e sociais, que irá repercutir-se no processo de recuperação e reintegração social.

3. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO;

Enquadrando os objetivos na metodologia de projeto, estes assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação “a realizar”, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é um ponto fulcral na elaboração de projetos de ação (Barbier, 1996).

Ao elaborar o presente projeto de formação teve-se bem presente as competências necessárias para o desenvolvimento profissional, académico e pessoal. As competências profissionais a desenvolver enquadram-se nos domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação²¹. As competências académicas a desenvolver - no âmbito do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em enfermagem de reabilitação, unidade curricular Opção II (Projeto de formação) - enquadram-se, com base no pensamento crítico e reflexivo, nas competências do 2º ciclo (Grau de Mestre), enunciadas no Processo de Bolonha.

Na definição de objetivo geral e objetivo específicos foi fundamental a utilização de alguns instrumentos para realizar um diagnóstico de situação. Assim, efetuou-se algum trabalho de campo nos locais propostos para estágio e, para além de técnicas de observação, foram realizadas entrevistas aos enfermeiros nos locais propostos para estágio (Ver apêndice I).

3.1. Objetivos gerais

Definiram-se como objetivos gerais: Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados, que promovam/otimizem o processo de reabilitação nas dimensões biológica, psicológica, social e cultural da pessoa com DPOC; Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas que permitam prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação nas áreas de reabilitação funcional Respiratória e reabilitação sensório-motora.

²¹ Regulamentos nº 122/2011 e 125/2011, publicados no D.R. nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

3.2. Objetivos específicos

Definiram-se como objetivos específicos: Avaliar situações de risco tendentes ao desenvolvimento de incapacidades e delinear estratégias preventivas; Agir precocemente nas diferentes fases da DPOC e no processo de adaptação às consequências da condição; Avaliar necessidades de cuidados da pessoa com DPOC; Planear intervenções que valorizem o potencial da pessoa, destinadas a promover o auto-cuidado a autonomia e a qualidade de vida; Desenvolver as atividades, as técnicas e os cuidados que têm potencial de reabilitação, promovendo a autonomia da pessoa; Integrar uma equipa multiprofissional de reabilitação, promovendo a continuidade de cuidados ao doente com DPOC; Agir de forma crítica e reflexiva, incluindo o respeito pelas normas éticas e legais, procurando o seu desenvolvimento pessoal e profissional; Construir e divulgar o saber em enfermagem de reabilitação, e também saber selecionar as melhores práticas para cada situação; Gerir os cuidados de enfermagem e saber coordenar e desenvolver projetos de intervenção; Orientar a pessoa com DPOC para os recursos da comunidade; Gerir a informação de forma adequada à autonomia e autodeterminação da pessoa com DPOC ao longo de todo o processo de transição; Avaliar os resultados da intervenção do ER à pessoa.

3.3. Fundamentação e escolha dos locais de estágio

De forma a operacionalizar os objetivos, foram selecionados locais de estágio onde fosse possível prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação nas áreas de reabilitação funcional Respiratória e reabilitação sensório-motora.

Os locais onde se propõe realizar estágio serão assim: Hospital de Santa Maria/Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória (DRFR); Hospital Pulido Valente/ Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos (UCIP); Centro de Saúde Mafra (CSM)/Equipa Cuidados Integrados na Comunidade (ECCI).

A escolha dos locais de estágio teve uma relação direta com o nível de excelência dos cuidados prestados em cada um dos serviços, da missão dos serviços, mas também com a possibilidade de adquirir um leque variado de aprendizagens no contacto direto com os utentes e profissionais destes serviços.

O DRFR e a UCIP, integrados no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), têm como missão: Prestar cuidados de saúde nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças do foro respiratório, quer em ambulatório, quer em regime de internamento.

A ECCL, integrada na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), tem como missão: prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Tem também uma forte vertente de reabilitação face à intervenção da equipa multidisciplinar junto a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento.

4.2. Actividades a Desenvolver

A atividades a desenvolver foram planeadas tendo como principal linha orientadora as os objetivos definidos e, como tal, as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Nos quadros apresentados (Quadros 2 a 8), são apresentadas as atividades planeadas, competências a atingir, recursos humanos e materiais indicadores e critérios de avaliação

Quadro 2 – Atividades a desenvolver no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (competências comuns do Enfermeiro Especialista)

A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação	CrITÉrios de avaliação
	<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>Integrar a equipa multiprofissional de reabilitação, promovendo a continuidade de cuidados ao doente com DPOC;</p> <p>Integrar na equipa multidisciplinar do serviço, na sua organização de trabalho, no seu espaço físico e nos seus circuitos.</p>	<p>Realizar estágio de observação nos serviços propostos;</p> <p>Participar nas reuniões interdisciplinar semanal (ECCI e UCIP);</p> <p>Analisar com a equipa as estratégias adequadas de apoio e a capacidade de resposta da à satisfação das necessidades de apoio à pessoa, cuidadores e familiares;</p>	<p>Humanos: Professora Orientadora do Projeto; Enf.^a Orientadora do Estágio; Enf.^a Chefe; Enfermeiros Generalistas, Elementos da equipa multidisciplinar; Utentes; Outros alunos.</p> <p>Materiais: Diretivas DGS; Manual do Prestador (RNCCI); Diretivas OE Protocolos do serviço; Equipamentos e dispositivos de consumo clínico/Reabilitação.</p> <p>Físicos: Instalações CSM; Instalações DRFR; Instalações UCIP; Outros serviços HSM; Domicílio de utentes.</p>	<p>Realiza estágio de observação nos serviços referenciados;</p> <p>Integra reuniões de equipa interdisciplinar;</p> <p>Consulta os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/instrumentos de registo como os de transferência/alta hospitalar e de encaminhamento para a comunidade;</p> <p>Utiliza escalas e avalia os resultados das intervenções de enfermagem.</p>	<p>Realiza 1 ou mais turnos de observação em cada campo de estágio;</p> <p>Esteve presente, sem necessidade de intervenção, em 1 ou mais reuniões de equipa interdisciplinar;</p> <p>Regista, 1 ou mais vezes o Índice de Barthel (durante registo na plataforma informática da RNCCI)</p>

Quadro 3 – Atividades a desenvolver no âmbito do domínio da melhoria da qualidade (competências comuns do Enfermeiro Especialista)

B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação	CrITÉrios de avaliação
	B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	Avaliar situações de risco tendentes ao desenvolvimento de incapacidades e delinear estratégias preventivas.	Colaborar na implementação de instrumentos de avaliação da dor em implementação no CHLN.	Humanos: Professora Orientadora do Projeto; Enf. ^a Orientadora do Estágio; Enf. ^a Chefe; Enfermeiros Generalistas, Elementos da equipa multidisciplinar; Utentes; Outros alunos.	Colabora com a equipa no planeamento de um momento de formação em serviço relativo à temática “Avaliação da dor”.	Participa em 1 ou mais ações de formação em serviço relativo à temática “Avaliação da dor”
	B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.		Aplicar o processo de enfermagem, a partir do levantamento de dados e determinação de diagnósticos de enfermagem, com base no Modelo de Virgínia Henderson.	Materiais: Diretivas DGS; Manual do Prestador (RNCCI); Diretivas OE Protocolos do serviço; Equipamentos e dispositivos de consumo clínico/Reabilitação; Guias orientadores de boa prática (Ordem dos enfermeiros).	Mobiliza os conceitos do Modelo de enfermagem de Virgínia Henderson na prestação de cuidados.	Aplica o processo de enfermagem, a 1 ou mais doentes, com base no modelo de Virgínia Henderson
	B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.		Desenvolver um instrumento (impresso) próprio de registo do plano de reabilitação	Físicos: Instalações CSM; Instalações DRFR; Instalações UCIP; Outros serviços HSM; Domicílio de utentes.		Desenvolve instrumento (impresso) próprio de registo do plano de reabilitação

Quadro 4 – Atividades a desenvolver no âmbito do domínio da gestão dos cuidados (competências comuns do Enfermeiro Especialista)

	Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação	Critérios de avaliação
C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.	Gerir os cuidados de enfermagem e saber coordenar e desenvolver projetos de intervenção Gerir a informação de forma adequada à autonomia e autodeterminação da pessoa com DPOC ao longo de todo o processo de transição	Integrar áreas de conhecimento e intervenção: Admissão de doentes, Gestão de Agendas, Registo de atividades, Passagem de ocorrências, Reunião de equipa, Relação interdisciplinar	Humanos: Professora Orientadora do Projeto; Enf. ^a Orientadora do Estágio; Enf. ^a Chefe; Enfermeiros Generalistas, Elementos da equipa multidisciplinar; Utentes; Outros alunos. Materiais: Diretivas DGS; Manual do Prestador (RNCCI); Diretivas OE Protocolos do serviço; Equipamentos e dispositivos de consumo clínico/Reabilitação. Físicos: Instalações CSM; Instalações DRFR; Instalações UCIP; Outros serviços HSM; Domicílio de utentes.	Articula informação dos doentes entre ECCI e EGA	Efectua colheita de dados de 1 ou mais utentes, com recurso a informação transmitida via telefone com a EGA.
	C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.					

Quadro 5 – Atividades a desenvolver no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (competências comuns do Enfermeiro Especialista)

D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação	Critérios de avaliação
	<p>D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	Construir e divulgar o saber em enfermagem, e também saber selecionar as melhores práticas para cada situação	Adaptar o autoconhecimento e conhecimento das dinâmicas do comportamento humano à singularidade e autonomia individual, no processo de adaptação à doença.	<p>Humanos: Professora Orientadora do Projeto; Enf.^a Orientadora do Estágio; Enf.^a Chefe; Enfermeiros Generalistas, Elementos da equipa multidisciplinar; Utentes; Outros alunos.</p> <p>Materiais: Diretivas DGS; Manual do Prestador (RNCCI); Diretivas OE Protocolos do serviço; Equipamentos e dispositivos de consumo clínico/Reabilitação.</p> <p>Físicos: Instalações CSM; Instalações DRFR; Instalações UCIP; Outros serviços HSM; Domicílio de utentes.</p>	Desenvolve o autoconhecimento das suas limitações; Procura adquirir e atualizar conhecimentos das áreas/temáticas com que se depara.	<p>Identifica limitações ao nível do conhecimento teórico;</p> <p>Identifica limitações ao nível do conhecimento teórico e técnico;</p> <p>Identifica limitações ao nível do conhecimento teórico, técnico e relacional.</p>

Quadro 6 – Atividades a desenvolver no âmbito da competência “Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (específica do EEER)

Competência J1: Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados					
Unidades de Competência	Objetivos Específicos	Atividades desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação	Crterios de avaliação
<p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<p>Planear intervenções que valorizem o potencial da pessoa, destinadas a promover o auto-cuidado, a autonomia e a qualidade de vida.</p> <p>Avaliar necessidades de cuidados da pessoa com DPOC</p>	<p>Elaborar e aplicar o plano de reabilitação à pessoa alvo dos seus cuidados.</p>	<p>Humanos: Professora Orientadora do Projeto; Enf.^a Orientadora do Estágio; Enf.^a Chefe; Enfermeiros Generalistas, Elementos da equipa multidisciplinar; Utentes; Outros alunos.</p> <p>Materiais: Diretivas DGS; Manual do Prestador (RNCCI); Diretivas OE Protocolos do serviço; Equipamentos e dispositivos de consumo clínico/Reabilitação.</p> <p>Físicos: Instalações CSM; Instalações DRFR; Instalações UCIP; Outros serviços HSM; Domicílio de utentes.</p>	<p>Otimiza funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade do utente alvo dos seus cuidados.</p>	<p>Implementa todas as etapas do plano de reabilitação aos utentes que presta cuidados de reabilitação.</p>

Quadro 7 – Atividades a desenvolver no âmbito da competência “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (específica do EEER)

Competência J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania					
Unidades de Competência	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação	Crítérios de avaliação
<p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver as atividades, as técnicas e os cuidados que têm potencial de reabilitação, promovendo a autonomia da pessoa - Orientar a pessoa com DPOC para os recursos da comunidade 	Elaborar planos de reabilitação com base no Índice de KATZ (Escala de AVD).	<p>Humanos: Professora Orientadora do Projeto; Enf.^a Orientadora do Estágio; Enf.^a Chefe; Enfermeiros Generalistas, Elementos da equipa multidisciplinar; Utentes; Outros alunos.</p> <p>Materiais: Diretivas DGS; Manual do Prestador (RNCCI); Diretivas OE Protocolos do serviço; Equipamentos e dispositivos de consumo clínico/Reabilitação; Índice de KATZ.</p> <p>Físicos: Instalações CSM; Instalações DRFR; Instalações UCIP; Outros serviços HSM; Domicílio de utentes; “Banco de material social da proteção civil”.</p>	<p>Aplica o índice de KATZ antes e depois de aplicar o plano de reabilitação</p> <p>Facilita o acesso do utente da ECCI ao “Banco de dispositivos e materiais da proteção civil”.</p>	<p>Define estratégias de intervenção com base no score obtido após aplicação do índice de KATZ.</p> <p>Assegurou que as famílias com carência de dispositivos de apoio tiveram verificaram disponibilidade dos mesmos junto do “Banco de dispositivos e materiais da proteção civil”</p>

Quadro 8 – (Competência J3) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (específica do EEER)

Competência J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa					
Unidades de Competência	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação	Critérios de avaliação
<p>J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio - respiratório.</p> <p>J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio - respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<p>Agir precocemente nas diferentes fases da DPOC e no processo de adaptação às consequências da condição</p> <p>Avaliar os resultados da intervenção do ER à pessoa</p>	<p>Conceber um programa de treino para o doente DPOC</p>	<p>Humanos: Professora Orientadora do Projeto; Enf.^a Orientadora do Estágio; Enf.^a Chefe; Enfermeiros Generalistas, Elementos da equipa multidisciplinar; Utentes; Outros alunos.</p> <p>Materiais: Diretivas DGS; Manual do Prestador (RNCCI); Diretivas OE Protocolos do serviço; Equipamentos e dispositivos de consumo clínico/Reabilitação; Índice de KATZ.</p> <p>Físicos: Instalações CSM; Instalações DRFR; Instalações UCIP; Outros serviços HSM; Domicílio de utentes; Ginásio DRFR</p>	<p>Concebe um programa de treino para o doente DPOC em instrumento próprio de registo</p> <p>Avalia os resultados da sua intervenção com recurso à escala de Borg</p>	<p>Executa todas as fases do programa de treino</p> <p>Em função do score obtido através da escala de Borg, altera estratégias e redefine objetivos.</p>

3.4. Previsão das limitações e estratégias de resolução

Na fase de planificação do esboço do projeto, realiza-se o levantamento de recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho.

Realizou-se um estágio de observação nos referidos locais de estágio que permitiu fazer um levantamento de recursos e prever as limitações, para que se consigam delinear estratégias e reformular objetivos inicialmente traçados.

A principal limitação identificada está relacionada com o facto de não possuir estatuto-trabalhador estudante, o que dificultará a conciliação do horário de trabalho com o horário de estágio. Nos locais de estágio, UCIP e DRFR, o horário realizar-se-á com recurso aos turnos da manhã e tarde, como tal a estratégia de resolução adotada será a adoção de um horário de trabalho com turnos intercalados, dando preferência aos turnos da noite e da tarde. Na ECCL, como o horário de estágio é das 9h00-18h00, a estratégia adotada será a mesma, com possibilidade de rentabilizar os dias de folga (trabalho). Será adotado um horário de trabalho como o maior número possível de horas ao fim-de-semana, com o objetivo de libertar os dias de semana para estagiar.

Uma outra limitação identificada está relacionada com ausência de competências específicas em cuidados paliativos. Como estratégia de resolução adotada, pretende-se recorrer aos conhecimentos adquiridos na unidade curricular opção I (Quando o Final da Vida se Aproxima Respostas de Enfermagem em Cuidados Paliativos), utilizando ainda as ferramentas (escalas e protocolos) e suporte bibliográfico fornecido.

3.4.1. Cronograma;

No quadro 9 é apresentado o cronograma de estágio com referência às reuniões de orientação, elaboração do relatório e revisão bibliográfica.

Quadro 9 – Cronograma

	Outubro 2013					Novembro 2013				Dezembro 2013				Janeiro 2014					Fevereiro 2014	
	30/9 a 6/10	7/10 a 13/10	14/10 a 20/10	21/10 a 27/10	28/10 a 3/11	4 /11 a 10/11	11/11 a 17/11	18/11 a 24/11	25/11 a 1/12	2/12 a 8/12	9/12 a 15/12	16/12 a 22/12	23/12 a 29/12	30/12 a 5/1	6/1 a 12/1	13/1 a 19/1	20/1 a 26/1	27/1 a 2/2	3/2 a 9/2	10/2 a 16/2
Estágio ECCI/CSM																				
Estágio DRFR/HSM																				
Estágio UCIP/HPV																				
Revisão bibliográfica																				
Reunião com Orientadora																				
Elaboração de relatório																				

4. CONCLUSÃO

A realização deste projeto serve como elemento estruturante do percurso a fazer, enquanto exercício revelador dos ganhos em saúde que a EEER pode trazer à pessoa em situação de doença crónica. A reflexão acerca dos cuidados prestados pelo EEER proporciona perspectivar o caminho a seguir enquanto aluno e profissional.

A revisão bibliográfica foi dificultada pela escassez de trabalhos publicados por EEER portugueses ao nível internacional, que revela necessidade em expor o conhecimento produzido nesta área em Portugal. Esta será uma das ações que se pretende desenvolver num futuro próximo.

O contexto complexo e exigente em que se desenvolve a relação enfermeiro-doente pressupõe o domínio de determinados conhecimentos, onde o processo de enfermagem baseado num modelo permite estabelecer e alcançar os objetivos delineados. Optou-se pelo modelo teórico de Virgínia Henderson na aplicação do processo de enfermagem a desenvolver nos estágios, por ser uma filosofia centrada na independência da pessoa e na satisfação das suas necessidades fundamentais – autocuidado.

O projeto apresentado é um processo inacabado, em construção permanente, ou seja, é um elemento estruturou o caminho para desenvolver as competências inicialmente descritas.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Barbier, J.-M. (1996). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Bartholo, T. P., Gomes, M. M., & Filho, A. J. (21 de Julho de 2009). *DPOC - o impacto da oxigenioterapia domiciliar no tratamento*. Obtido de Web site de Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro: http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/13.pdf
- Blackstock, F., & Webster, K. (2006). Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. *Health Education Research - Theory & Practice*, pp. 1-15.
- Cardoso, J., Mineiro, A., Pires, L., Borba, A., Naveso, G., Guil, D., & Emiliano, M. (2008). *25 Perguntas frequentes em Pneumologia: Terapêutica na DPOC*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Cestari, M. E. (24 de Abril de 2003). Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 34-42.
- Chin, P. A., Rosebrough, A., & Finocchiaro, D. N. (1998). *Rehabilitation nursing practice*. New York: McGraw-Hill.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (1.^a Edição ed.). (M. L. Abecessis, Trad.) Lisboa: Lidel.
- Conselho de Enfermagem. (2010). *Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M. d., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Diez, M. T. (8 de Julho de 2013). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Web site de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/OPapelDoEnfermeironaDoencaPulmonarObstrutivaCronicaDPOC.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (27 de Outubro de 2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Nº: 40A/DSPCD. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (28 de Dezembro de 2007). Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. Portugal: Ministério da Saúde. Obtido de web site da Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009309.pdf>
- Direção-geral da Saúde. (30 de Setembro de 2011). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Norma nº 028/2011 de 30/09/2011*. Direção-Geral da Saúde.
- Fernandes, A. B. (1 de Janeiro de 2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas*, pp. 71-78.
- Fishman, A. P., Elias, J. A., Fishman, J. A., Grippi, M. A., Senior, R. M., & Pack, A. I. (2008). *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. Philadelphia: McGraw-Hill.
- GOLD. (2011). *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, And Prevention*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação - um contributo para a satisfação do utente*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Heitor, M. C., Camila, M. C., Ferreira, J. M., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1988). *Reeducação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. Loures: Lusociência.
- Luís, A. S., Pina, J., Vieira, J. R., & Sotto-Mayor, R. (2001). Recomendações Terapêuticas: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 249-275.
- Martires, M. A. (Novembro de 2003). Ser pessoa na prática dos cuidados de enfermagem. *Nursing*, pp. 25-26.
- Ministério da Saúde. (30 de Abril de 2013). *Cuidados de Saúde Primários - Portugal*. Obtido de web site de Cuidados de Saúde Primários - Portugal: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/indicadores_daucc_vf.pdf

- Niewoehner, D. (15 de Abril de 2010). Clinical practice. Outpatient management of severe COPD. *The New England Journal Of Medicine*, pp. 1533-4406.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem Portuguesa, Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Actual Quadro Regulamentar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Ordem dos Enfermeiros.
- Radwin, E., & Alster, K. (5 de Abril de 2002). Individualised nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, pp. 45-63.
- Rosa, J. C., & Basto, M. L. (2009). Necessidade e Necessidades. *Pensar Enfermagem*, pp. 13-23.
- Salgado, L. M., & Montoya, X. S. (7 de Junho de 2006). Plan de alta para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Aquichan*, pp. 104-116.
- Silva, M. A., & Graveto, J. (16 de setembro de 2008). Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto”. *Pensar Enfermagem*, pp. 67-70.
- Silva, M. A., & Graveto, J. (16 de Setembro de 2008). Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática da Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, pp. 67-70.
- Simões, M. (1995). *Depressão nas idades avançadas*. Lisboa: Roche farmacêutica química.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Troosters, T., Casaburi, R., Gosselink, R., & Decramer, M. (10 de Março de 2005). Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive disease. *Am J Respir Crit Care Med*, pp. 19-38.

APÊNDICE II

Guiões de entrevista - EEER e Enf. Chefe (Estágio vertente sensório-motora)



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA DE PREPARAÇÃO PARA ENSINO CLÍNICO

Instituição:	Unidade de Cuidados na Comunidade Mafra - Pólo de Mafra
Vertente de ensino clínico:	Área de Reabilitação Sensório-Motora
Período do ensino clínico:	30 de Setembro a 8 de Novembro
Período para entrevista:	30 de Abril e 2 de Maio

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Objetivos		
<ul style="list-style-type: none">•Planeamento do ensino clínico na Área de Reabilitação Sensório-Motora, com vista à aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;•Conhecer o Centro de saúde de Mafra / Extensões de saúde Associadas, a constituição da equipa, dinâmica e funcionamento;•Conhecer as características dos utentes (prevalência de patologias e necessidades de cuidados de reabilitação);•Compreender o âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;•Compreender a gestão dos recursos humanos no Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde Associadas.		
Postura a adotar na observação	A – Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde Associadas	DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS
	B - Comunidade	
		<ul style="list-style-type: none">•Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar;•Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda;•Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;•Consciencializa a influência pessoal na relação profissional;•Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção;•Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;•Actua eficazmente sob pressão;•Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade;•Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Aspectos a observar	A – Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas	<ul style="list-style-type: none"> •Prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação; •Contexto envolvente à prestação de cuidados; •Organograma do Centro de Saúde de Mafra; •Estruturas físicas envolvidas na prestação de cuidados; •Estratégias utilizadas na gestão de recursos humanos, materiais e cuidados; •Patologias prevalentes nos utentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação; •Necessidades dos utentes; •Outros aspetos que, no decorrer da observação, se considerem pertinentes na aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
	B – Comunidade	

GUIÃO DE ENTREVISTA - ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Dados identificativos	
Nome	
Contacto telefónico	
e-mail	

Dimensões	Questões/estratégias
1. Legitimação da entrevista	1.1. Apresentação dos intervenientes no processo pedagógico; 1.2. Apresentação dos objetivos da entrevista/ensino clínico; 1.3. Obtenção de consentimento para realização da entrevista.
2. Caracterização do Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas	2.1. Quais as características que diferenciam o Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas como organização prestadora de cuidados de enfermagem de reabilitação? 2.2. Como são referenciados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação; 2.3. Existe interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (Ao nível da Enfermagem de Reabilitação)? 2.3.1. Como é feita a interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde
3. Caracterização da Equipa de Reabilitação	3.1. Quais as categorias profissionais que integram a equipa de reabilitação? 3.2. Qual o número de profissionais do Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas, por categoria profissional, que integram a equipa de reabilitação?
4. Caracterização dos utentes	4.1. Qual o número de utentes a beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação? 4.2. Existe satisfação das necessidades dos utentes em termos

	de cuidados de reabilitação? 4.3. Quais as patologias prevalentes (com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação)?
5. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	5.1. Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na comunidade?
6. Gestão de Recursos Humanos	6.1. Como são geridos os enfermeiros de reabilitação pelas diferentes valências do Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas (Cargos; Competências; Funções; proximidade;...) 6.2. Como são geridos os horários dos enfermeiros (Cargos; Competências; Funções; Proximidade;...)
7. Gestão de equipamentos e materiais	7.1. Quem assegura a manutenção dos equipamentos e a reposição de stocks do material de consumo clínico necessário para prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?
8. Gestão e prestação de cuidados	8.1. Qual é o modelo adotado na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 8.2. Como são encaminhados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação? 8.3. Como elabora o plano de reabilitação dos utentes? 8.4. Os registos são feitos em suporte papel ou existe alguma ferramenta informática? 8.5. Que estratégias utiliza para envolver a família no plano de reabilitação?
9. Resultados	9.1. Quais os principais indicadores de gestão utilizados? 9.2. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem de reabilitação? Quais? 9.3. Considera que os indicadores de avaliação funcional dos utentes são suficientes para avaliar a eficiência e eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação? Sugestões? 9.4.
10. Problemas e prioridades de intervenção	10.1. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados de reabilitação?



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA DE PREPARAÇÃO PARA ENSINO CLÍNICO

Instituição:	Unidade de Cuidados na Comunidade Mafra - Pólo de Mafra
Vertente de ensino clínico:	Área de Reabilitação Sensório-Motora
Período do ensino clínico:	30 de Setembro a 8 de Novembro
Período para entrevista:	30 de Abril e 2 de Maio

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Objetivos		
<ul style="list-style-type: none">•Planeamento do ensino clínico na Área de Reabilitação Sensório-Motora, com vista à aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;•Conhecer o Centro de saúde de Mafra / Extensões de saúde Associadas, a constituição da equipa, dinâmica e funcionamento;•Conhecer as características dos utentes (prevalência de patologias e necessidades de cuidados de reabilitação);•Compreender o âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;•Compreender a gestão dos recursos humanos no Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde Associadas.		
Postura a adotar na observação	A – Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde Associadas	DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS
	B – Comunidade	
		<ul style="list-style-type: none">•Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar;•Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda;•Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;•Consciencializa a influência pessoal na relação profissional;•Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção;•Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;•Actua eficazmente sob pressão;•Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade;•Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

Aspetos a observar	A – Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas	<ul style="list-style-type: none">•Prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação;•Contexto envolvente à prestação de cuidados;•Organograma do Centro de Saúde de Mafra;•Estruturas físicas envolvidas na prestação de cuidados;•Estratégias utilizadas na gestão de recursos humanos, materiais e cuidados;•Patologias prevalentes nos utentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação;•Necessidades dos utentes;•Outros aspetos que, no decorrer da observação, se considerem pertinentes na aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
	B – Comunidade	

GUIÃO DE ENTREVISTA - ENFERMEIRO(A) CHEFE

Dados identificativos	
Nome	
Contacto telefónico	
e-mail	
Area de especialização	

Dimensões	Questões/estratégias
1. Legitimação da entrevista	1.1. Apresentação dos intervenientes no processo pedagógico; 1.2. Apresentação dos objetivos da entrevista/ensino clínico; 1.3. Obtenção de consentimento para realização da entrevista.
2. Caracterização do Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas	2.1. Qual a missão e objetivos do Centro de Saúde de Mafra; 2.2. Como são referenciados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação; 2.3. Existe interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (Ao nível da Enfermagem de Reabilitação)? 2.3.1. Como é feita a interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde
3. Caracterização da Equipa	3.1. Quais as categorias profissionais que desempenham funções no Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas? 3.2. Qual o número de profissionais do Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas, por categoria profissional?
4. Caracterização dos utentes	4.1. Qual o número de utentes inscritos no Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas? 4.2. Qual a faixa etária prevalente?

	4.3. Qual os níveis de escolaridade prevalentes? 4.4. Quais as patologias prevalentes?
5. Gestão de Recursos Humanos	5.1. Como são geridos os enfermeiros pelas diferentes valências do Centro de Saúde de Mafra / Extensões de saúde associadas (Cargos; Competências; Funções; proximidade;...) 5.2. Como são geridos os horários dos enfermeiros (Cargos; Competências; Funções; Proximidade;...)
6. Gestão de equipamentos e materiais	6.1. Quem assegura a manutenção dos equipamentos e a reposição de stocks do material de consumo clínico? 6.2. Como é gerido o lixo clínico produzido durante as visitas domiciliárias (acondicionamento e transporte)?
7. Gestão de cuidados	7.1. Qual é o modelo adotado na prestação de cuidados de enfermagem? 7.2. Como são encaminhados os utentes para as diferentes valências de cuidados de enfermagem?
8. Resultados	8.1. Quais os principais indicadores de gestão utilizados? 8.2. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem generalistas? 8.3. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem especializados? Quais? 8.4. Considera que os indicadores de avaliação funcional dos utentes são suficientes para avaliar a eficiência e eficácia dos cuidados?
9. Problemas e prioridades de intervenção	9.1. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados? 9.2. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?

APÊNDICE III

**Guiões de entrevista - EEER e Enf. Chefe (Estágio vertente Reabilitação
Funcional respiratória - HSM)**



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA DE PREPARAÇÃO PARA ENSINO CLÍNICO

Instituição/Serviço:	Hospital de Santa Maria/Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória (DRFR)
Vertente de ensino clínico:	Área Funcional Respiratória
Período do ensino clínico:	11 de Novembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014
Período para entrevista:	9 de Julho e 10 de julho de 2013

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Objetivos		
<ul style="list-style-type: none">•Planeamento do ensino clínico na Área Funcional Respiratória, com vista à aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER);•Conhecer o Hospital de Santa Maria/Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória, a constituição da equipa, dinâmica e funcionamento;•Conhecer as características dos utentes (prevalência de patologias e necessidades de cuidados de reabilitação);•Compreender o âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;•Compreender a gestão dos recursos humanos do Hospital de Santa Maria/Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória.		
Postura a adotar na observação	A – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS <ul style="list-style-type: none">•Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar;•Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda;•Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;•Consciencializa a influência pessoal na relação profissional;•Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção;•Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;•Atua eficazmente sob pressão;•Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade;•Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.
	B – Outros serviços onde o EEER desenvolve a sua atividade	



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

Aspetos a observar	A – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	<ul style="list-style-type: none"> •Prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação; •Contexto envolvente à prestação de cuidados; •Organograma do Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória; • Estruturas físicas envolvidas na prestação de cuidados;
	B – Outros serviços onde o EEER desenvolve a sua atividade	<ul style="list-style-type: none"> •Estratégias utilizadas na gestão de recursos humanos, materiais e cuidados; •Patologias prevalentes nos utentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação; •Necessidades dos utentes; •Outros aspetos que, no decorrer da observação, se considerem pertinentes na aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

GUIÃO DE ENTREVISTA - ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Dados identificativos	
Nome	
Contacto telefónico	
e-mail	

Dimensões	Questões/estratégias
1. Legitimação da entrevista	1.1. Apresentação dos intervenientes no processo pedagógico; 1.2. Apresentação dos objetivos da entrevista/ensino clínico; 1.3. Obtenção de consentimento para realização da entrevista.
2. Caracterização do Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	2.1. Quais as características que diferenciam o DRFR como serviço prestador de cuidados de enfermagem de reabilitação? 2.2. Como são referenciados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação do DRFR? 2.3. Existe interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (Ao nível da Enfermagem de Reabilitação)? 2.3.1. Como é feita a interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde?
3. Caracterização da Equipa de Reabilitação	3.1. Quais as categorias profissionais que integram o DRFR? 3.2. Qual o número de profissionais do DRFR, por categoria profissional?
4. Caracterização dos utentes	4.1. Qual o número de utentes a beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação pelo DRFR? 4.2. Existe satisfação das necessidades dos utentes em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação? 4.3. Quais as patologias prevalentes (com necessidade de

	cuidados de enfermagem de reabilitação)?
5. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	5.1. Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no DRFR? 5.2. Existe uma clara definição das competências entre os diferentes profissionais do DRFR?
6. Gestão de Recursos Humanos	6.1. Como são geridos os enfermeiros de reabilitação no DRFR e outros serviços onde o desenvolve a sua atividade (Cargos; Competências; Funções; ...) 6.2. Como são geridos os horários dos enfermeiros (Cargos; Competências; Funções; ...)
7. Gestão de equipamentos e materiais	7.1. Quem assegura a manutenção dos equipamentos e a reposição de stocks do material de consumo clínico necessário para prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 7.2. Onde se localiza a base logística do EEER?
8. Gestão e prestação de cuidados	8.1. Qual é o modelo adotado na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 8.2. Como são encaminhados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação? 8.3. Como elabora o plano de reabilitação dos utentes? 8.4. Os registos são feitos em suporte papel ou existe alguma ferramenta informática? 8.5. Que estratégia utiliza para envolver a família no plano de reabilitação? 8.6. Como se estabelece um plano de reabilitação em conjunto com outras classes profissionais?
9. Resultados	9.1. Quais os principais indicadores de gestão utilizados? 9.2. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem de reabilitação? 9.2.1. Quais? 9.3. Considera que os indicadores de avaliação funcional dos utentes são suficientes para avaliar a eficiência e eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação? Sugestões?
10. Problemas e prioridades de intervenção	10.1. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados de reabilitação?
11. Reabilitação Respiratória a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva	11.1. Como caracteriza a atuação do EEER na reabilitação funcional respiratória de doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva? 11.2. No decurso do processo de reabilitação, em que fase o EEER tem um papel de destaque no acompanhamento destes doentes? (Desmame?) 11.3. Os EEER conseguem dar resposta às solicitações das unidades de cuidados intensivos? 11.4. Quais as principais atividades que o EEER desenvolve junto destes doentes? (Limpeza das vias aéreas, drenagem postural, técnica de exercício muscular ou articular, escalas de avaliação utilizadas,...)



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA DE PREPARAÇÃO PARA ENSINO CLÍNICO

Instituição/Serviço:	Hospital de Santa Maria/Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória (DRFR)
Vertente de ensino clínico:	Área Funcional Respiratória
Período do ensino clínico:	11 de Novembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014
Período para entrevista:	9 de Julho e 10 de Julho de 2013

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Objetivos		
<ul style="list-style-type: none">•Planeamento do ensino clínico na Área Funcional Respiratória, com vista à aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER);•Conhecer o Hospital de Santa Maria/Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória, a constituição da equipa, dinâmica e funcionamento;•Conhecer as características dos utentes (prevalência de patologias e necessidades de cuidados de reabilitação);•Compreender o âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;•Compreender a gestão dos recursos humanos do Hospital de Santa Maria/Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória.		
Postura a adotar na observação	A – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS
	B – Outros serviços onde o EEER desenvolve a sua atividade	
		<ul style="list-style-type: none">•Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar;•Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda;•Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;•Consciencializa a influência pessoal na relação profissional;•Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção;•Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;•Atua eficazmente sob pressão;•Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade;•Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Aspetos a observar	A – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação; • Contexto envolvente à prestação de cuidados; • Organograma do Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória; • Estruturas físicas envolvidas na prestação de cuidados; • Estratégias utilizadas na gestão de recursos humanos, materiais e cuidados; • Patologias prevalentes nos utentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação; • Necessidades dos utentes; • Outros aspetos que, no decorrer da observação, se considerem pertinentes na aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
	B – Outros serviços onde o EEER desenvolve a sua atividade	

GUIÃO DE ENTREVISTA - ENFERMEIRO(A) CHEFE

Dados identificativos	
Nome	
Contacto telefónico	
e-mail	
Área de especialização	

Dimensões	Questões/estratégias
1. Legitimação da entrevista	1.1. Apresentação dos intervenientes no processo pedagógico; 1.2. Apresentação dos objetivos da entrevista/ensino clínico; 1.3. Obtenção de consentimento para realização da entrevista.
2. Caracterização do Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	2.1. Quais as características que diferenciam o DRFR como serviço prestador de cuidados de enfermagem de reabilitação? 2.2. Como são referenciados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação do DRFR? 2.3. Existe interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (Ao nível da Enfermagem de Reabilitação)? 2.3.1. Como é feita a interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde?
3. Caracterização da Equipa de Reabilitação	3.1. Quais as categorias profissionais que integram o DRFR? 3.2. Qual o número de profissionais do DRFR, por categoria profissional?
4. Caracterização dos utentes	4.1. Qual o número de utentes a beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação pelo DRFR? 4.2. Qual a faixa etária prevalente? 4.3. Qual os níveis de escolaridade prevalentes?

	4.4. Quais as patologias prevalentes?
5. Gestão de Recursos Humanos	5.1. Como são geridos os enfermeiros de reabilitação no DRFR e outros serviços onde o desenvolve a sua atividade (Cargos; Competências; Funções; ...)? 5.2. Como são geridos os horários dos enfermeiros (Cargos; Competências; Funções; ...)?
6. Gestão de equipamentos e materiais	6.1. Quem assegura a manutenção dos equipamentos e a reposição de stocks do material de consumo clínico necessário para prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 6.2. Onde se localiza a base logística do EEER?
7. Gestão de cuidados	7.1. Qual é o modelo adotado na prestação de cuidados de enfermagem? 7.2. Como são encaminhados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação?
8. Resultados	8.1. Quais os principais indicadores de gestão utilizados? 8.2. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem de reabilitação? 8.2.1. Quais? 8.3. Considera que os indicadores de avaliação funcional dos utentes são suficientes para avaliar a eficiência e eficácia dos cuidados?
9. Problemas e prioridades de intervenção	9.1. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados? 9.2. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?
10. Reabilitação Respiratória a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva	10.1. Existe um número significativo de doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva que são alvo da atuação do EEER do DRFR? 10.2. Os EEER conseguem dar resposta às solicitações das unidades de cuidados intensivos?

APÊNDICE IV

**Guiões de entrevista - EEER e Enf. Chefe (Estágio vertente Reabilitação
Funcional respiratória - HPV)**



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA DE PREPARAÇÃO PARA ENSINO CLÍNICO

Instituição/Serviço:	Hospital Pulido Valente/ Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos
Vertente de ensino clínico:	Área Funcional Respiratória
Período do ensino clínico:	25 de Novembro de 2013 a 20 de Dezembro de 2013
Período para entrevista:	11 de Junho de 2013

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Objetivos		
<ul style="list-style-type: none">•Planeamento do ensino clínico na Área Funcional Respiratória, com vista à aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER);•Conhecer o Hospital Pulido Valente/ Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos, a constituição da equipa, a constituição da equipa, dinâmica e funcionamento;•Conhecer as características dos utentes (prevalência de patologias e necessidades de cuidados de reabilitação);•Compreender o âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;•Compreender a gestão dos recursos humanos do Hospital Pulido Valente/ Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos.		
Postura a adotar na observação	DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	
	A – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	<ul style="list-style-type: none">•Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar;•Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda;•Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;•Consciencializa a influência pessoal na relação profissional;•Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção;•Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;•Atua eficazmente sob pressão;•Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade;•Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.
	B – Outros serviços onde o EEER desenvolve a sua atividade	

Aspectos a observar	A – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	<ul style="list-style-type: none"> •Prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação; •Contexto envolvente à prestação de cuidados; •Organograma do Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória; •Estruturas físicas envolvidas na prestação de cuidados; •Estratégias utilizadas na gestão de recursos humanos, materiais e cuidados; •Patologias prevalentes nos utentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação; •Necessidades dos utentes; •Outros aspetos que, no decorrer da observação, se considerem pertinentes na aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
	B – Outros serviços onde o EEER desenvolve a sua atividade	

GUIÃO DE ENTREVISTA - ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Dados identificativos	
Nome	
Contacto telefónico	
e-mail	

Dimensões	Questões/estratégias
1. Legitimação da entrevista	1.1. Apresentação dos intervenientes no processo pedagógico; 1.2. Apresentação dos objetivos da entrevista/ensino clínico; 1.3. Obtenção de consentimento para realização da entrevista.
2. Caracterização do Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	2.1. Quais as características que diferenciam a U.C.Int. Pneumológicos como serviço prestador de cuidados de enfermagem de reabilitação? 2.2. Como são referenciados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação da U.C.Int. Pneumológicos? 2.3. Existe interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (Ao nível da Enfermagem de Reabilitação)? 2.3.1. Como é feita a interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde?
3. Caracterização da Equipa de Reabilitação	3.1. Quais as categorias profissionais que integram a U.C.Int. Pneumológicos? 3.2. Qual o número de profissionais da U.C.Int. Pneumológicos, por categoria profissional?
4. Caracterização dos utentes	4.1. Qual o número de utentes a beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação na U.C.Int. Pneumológicos? 4.2. Existe satisfação das necessidades dos utentes em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação?

	4.3. Quais as patologias prevalentes (com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação)?
5. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	5.1. Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na U.C.Int. Pneumológicos? 5.2. Existe uma clara definição das competências entre os diferentes profissionais da U.C.Int. Pneumológicos?
6. Gestão de Recursos Humanos	6.1. Como são geridos os enfermeiros de reabilitação na U.C.Int. Pneumológicos (Cargos; Competências; Funções; ...) 6.2. Como são geridos os horários dos enfermeiros (Cargos; Competências; Funções; ...)
7. Gestão de equipamentos e materiais	7.1. Quem assegura a manutenção dos equipamentos e a reposição de stocks do material de consumo clínico necessário para prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 7.2. Onde se localiza a base logística do EEER?
8. Gestão e prestação de cuidados	8.1. Qual é o modelo adotado na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 8.2. Como são encaminhados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação? 8.3. Como elabora o plano de reabilitação dos utentes? 8.4. Os registos são feitos em suporte papel ou existe alguma ferramenta informática? 8.5. Que estratégia utiliza para envolver a família no plano de reabilitação? 8.6. Como se estabelece um plano de reabilitação em conjunto com outras classes profissionais?
9. Resultados	9.1. Quais os principais indicadores de gestão utilizados? 9.2. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem de reabilitação? 9.2.1. Quais? 9.3. Considera que os indicadores de avaliação funcional dos utentes são suficientes para avaliar a eficiência e eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação? Sugestões?
10. Problemas e prioridades de Intervenção	10.1. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados de reabilitação?
11. Reabilitação Respiratória a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva	11.1. Como caracteriza a atuação do EEER na reabilitação funcional respiratória de doentes submetidos a ventilação mecânica não-invasiva? 11.2. No decurso do processo de reabilitação, em que fase o EEER tem um papel de destaque no acompanhamento destes doentes? 11.3. Os EEER conseguem dar resposta às solicitações de cuidados? 11.4. Quais as principais atividades que o EEER desenvolve junto destes doentes? (Limpeza das vias aéreas, drenagem postural, técnica de exercício muscular ou articular, escalas de avaliação utilizadas,...)



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA DE PREPARAÇÃO PARA ENSINO CLÍNICO

Instituição/Serviço:	Hospital Pulido Valente/ Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos
Vertente de ensino clínico:	Área Funcional Respiratória
Período do ensino clínico:	25 de Novembro de 2013 a 20 de Dezembro de 2013
Período para entrevista:	10 de Junho de 2013

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Objetivos		
<ul style="list-style-type: none">•Planeamento do ensino clínico na Área Funcional Respiratória, com vista à aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER);•Conhecer o Hospital Pulido Valente/ Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos, a constituição da equipa, dinâmica e funcionamento;•Conhecer as características dos utentes (prevalência de patologias e necessidades de cuidados de reabilitação);•Compreender o âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;•Compreender a gestão dos recursos humanos do Hospital Pulido Valente/ Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos.		
Postura a adotar na observação	DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	
	A – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	<ul style="list-style-type: none">•Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar;•Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda;•Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;•Consciencializa a influência pessoal na relação profissional;•Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção;•Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;•Atua eficazmente sob pressão;•Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade;•Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.
	B – Outros serviços onde o EEER desenvolve a sua atividade	



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

Aspetos a observar	A – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	<ul style="list-style-type: none"> •Prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação; •Contexto envolvente à prestação de cuidados; •Organograma do Hospital Pulido Valente/ Unidade de Cuidados Intermédios Pneumológicos; • Estruturas físicas envolvidas na prestação de cuidados;
	B – Outros serviços onde o EEER desenvolve a sua atividade	<ul style="list-style-type: none"> •Estratégias utilizadas na gestão de recursos humanos, materiais e cuidados; •Patologias prevalentes nos utentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação; •Necessidades dos utentes; •Outros aspetos que, no decorrer da observação, se considerem pertinentes na aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

GUIÃO DE ENTREVISTA - ENFERMEIRO(A) CHEFE

Dados identificativos	
Nome	
Contacto telefónico	
e-mail	
Area de especialização	

Dimensões	Questões/estratégias
1. Legitimação da entrevista	1.1. Apresentação dos intervenientes no processo pedagógico; 1.2. Apresentação dos objetivos da entrevista/ensino clínico; 1.3. Obtenção de consentimento para realização da entrevista.
2. Caracterização do Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória	2.1. Quais as características que diferenciam a U.C.Int. Pneumológicos como serviço prestador de cuidados de enfermagem de reabilitação? 2.2. Como são referenciados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação da U.C.Int. Pneumológicos? 2.3. Existe interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (Ao nível da Enfermagem de Reabilitação)? 2.3.1. Como é feita a interligação entre os diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde?
3. Caracterização da Equipa de Reabilitação	3.1. Quais as categorias profissionais que integram a U.C.Int. Pneumológicos? 3.2. Qual o número de profissionais da U.C.Int. Pneumológicos, por categoria profissional?
4. Caracterização dos utentes	4.1. Qual o número de utentes a beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação na U.C.Int. Pneumológicos?



Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

	4.2. Qual a faixa etária prevalente? 4.3. Qual os níveis de escolaridade prevalentes? 4.4. Quais as patologias prevalentes?
5. Gestão de Recursos Humanos	5.1. Como são geridos os enfermeiros de reabilitação na U.C.Int. Pneumológicos (Cargos; Competências; Funções; ...)? 5.2. Como são geridos os horários dos enfermeiros (Cargos; Competências; Funções; ...)
6. Gestão de equipamentos e materiais	6.1. Quem assegura a manutenção dos equipamentos e a reposição de <i>stocks</i> do material de consumo clínico necessário para prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 6.2. Onde se localiza a base logística do EEER?
7. Gestão de cuidados	7.1. Qual é o modelo adotado na prestação de cuidados de enfermagem? 7.2. Como são encaminhados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação?
8. Resultados	8.1. Quais os principais indicadores de gestão utilizados? 8.2. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem de reabilitação? 8.2.1. Quais? 8.3. Considera que os indicadores de avaliação funcional dos utentes são suficientes para avaliar a eficiência e eficácia dos cuidados?
9. Problemas e prioridades de intervenção	9.1. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados? 9.2. Quais os problemas e as prioridades de intervenção identificados ao nível da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?
10. Reabilitação Respiratória a pessoa submetida a ventilação mecânica não-invasiva	10.1. Existe um número significativo de doentes submetidos a ventilação mecânica não-invasiva que são alvo da atuação do EEER na U.C.Int. Pneumológicos? 10.2. Os EEER conseguem dar resposta às solicitações de cuidados?

APÊNDICE V

**Diapositivos da sessão de formação relativa ao tema “Úlcera de pressão –
prevenção””**

Diapositivo 1

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Pneumologia – Unidade de Insuficiência Respiratória

Úlceras de Pressão - Prevenção

| Dezembro | 2013

Diapositivo 2

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão - Prevenção

Objectivos

A presente sessão de formação tem como objectivos:


- ❖ Relembrar conceitos: definição, sistema de classificação e caracterização de UP;
- ❖ Realçar a importância do preenchimento da Escala de Braden, como instrumento de avaliação do risco de desenvolvimento de UP, tendo em vista a posterior implementação de um plano de cuidados personalizado;
- ❖ Uniformizar os princípios orientadores dos cuidados de enfermagem na adopção de medidas de prevenção de UP.

Diapositivo 3

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão - Prevenção

Úlceras de Pressão

 **Um problema! Que solução?**

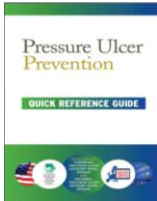
- ❖ As UP são um problema de saúde pública e um indicador de qualidade sensível aos cuidados de enfermagem. Causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes, podendo levar à morte.
- ❖ Os doentes com UP, têm um maior número de dias de internamento e readmissões, o que se traduz em maiores encargos financeiros para o SNS.

Diapositivo
4

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

NPUAP/EPUAP



2009: Guia de Referência Rápida – Prevenção de UP

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel
<http://www.npuap.org>

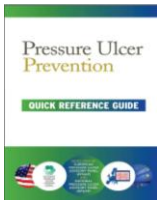
EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel
<http://www.epuap.org>

Diapositivo
5

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

Guia de Referência Rápida – Prevenção UP (NPUAP/EPUAP)



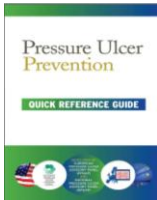
"O **objectivo geral** desta colaboração internacional foi o de desenvolver recomendações baseadas na evidência para a prevenção e tratamento de úlceras de pressão que pode-se ser usado por profissionais de saúde em todo o mundo".

Diapositivo
6

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

Guia de Referência Rápida – Prevenção UP (NPUAP/EPUAP)



"Uma **prevenção** eficaz passa por identificar os indivíduos mais susceptíveis de desenvolver úlceras de pressão, que se encontrem em ambiente hospitalar, cuidados continuados, lares ou outros".

Diapositivo
7

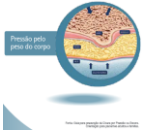
CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão - Prevenção

Úlcera de Pressão - Definição Internacional NPUAP-EPUAP

U. P. é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (2009).

Pressão pelo peso do corpo



Diapositivo
8

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão - Prevenção

Sistema de Classificação das U.P. (EPUAP/NPUAP, 2009)

Categoria I

Eritema não branqueável em pele intacta



Categoria II

Perda parcial da espessura da pele ou flictena



Categoria III

Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)



Categoria IV

Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)



Diapositivo
9

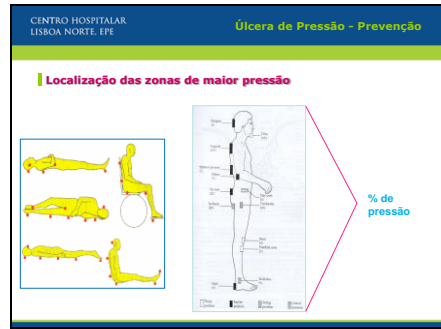
CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão - Prevenção

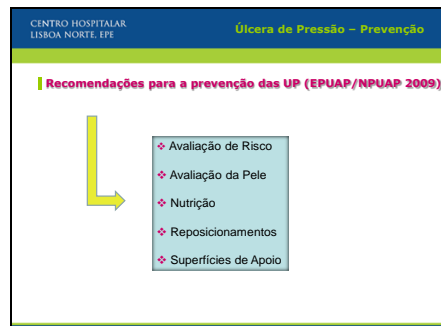
Caracterização das U.P.

Item	Especificidades
Localização	
Dimensões (cm)	- Maior comprimento * maior largura - Profundidade (estilete e régua)
Área perilesional	- Seca - Macerada - Ruborizada - Inteira - Edemaciada
Tipo de tecido	- Necrose (Preta; Amarela) - Granulação - Epitelização
Exsudado	- Tipo, cor, consistência - Quantidade
Odor	- Suís generis - Fétido

Diapositivo
10



Diapositivo
11



Diapositivo
12

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE

Úlcera de Pressão - Prevenção

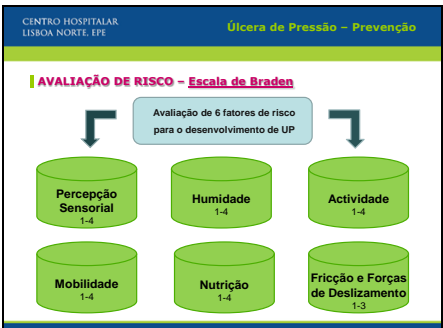
AVALIAÇÃO DE RISCO

- ❖ Cerca de 95% das UP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco.
- ❖ O conhecimento da etiologia e factores de risco associados ao desenvolvimento de UP são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção.
- ❖ A avaliação do risco de desenvolvimento de UP é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.

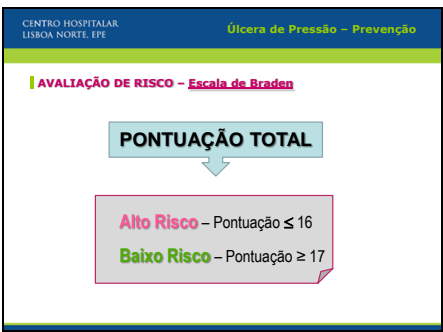
Diapositivo
13



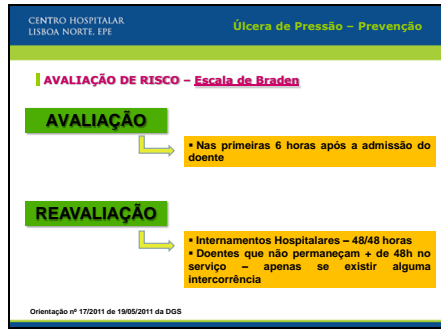
Diapositivo
14



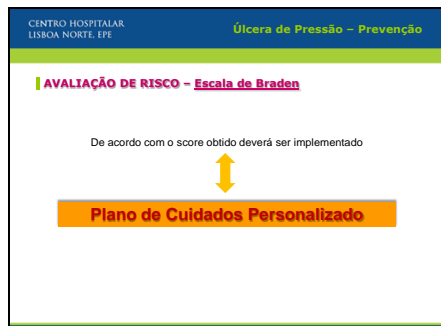
Diapositivo
15



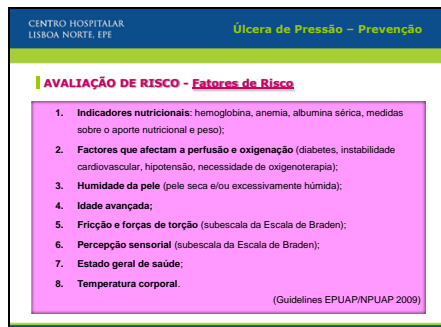
Diapositivo
16



Diapositivo
17



Diapositivo
18



Diapositivo
19



Diapositivo
20

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

AVALIAÇÃO DA PELE

- Inspeccionar a pele regularmente quanto a zonas de rubor, dar especial atenção às proeminências ósseas e às zonas que estiveram sujeitas a pressão durante o posicionamento anterior;
- A inspeção da pele deve incluir a avaliação do calor localizado, edema ou tumefacção;
- Identificar zonas de dor ou desconforto que possam ser atribuídas a danos causados por pressão;
- Vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devido a dispositivos médicos.

Diapositivo
21

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

AVALIAÇÃO DA PELE

Cuidados com a pele

- Não posicionar o indivíduo numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada devido a um episódio anterior de pressão no local;
- Não utilizar massagem/estregar vigorosamente a pele que se encontre em risco de desenvolver UP;
- Utilizar creme hidratante, pelo menos uma vez por dia, para hidratar a pele, consoante o grau de hidratação cutânea e assegurando-se que o creme foi absorvido;
- Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão;
- Estimular o uso de arrastadeira/urinol e se possível a ida ao W/C (atenção ao tempo que o doente permanece com a arrastadeira colocada).

Diapositivo 22

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

AVALIAÇÃO ESTADO NUTRICIONAL

- Proceder à pesagem periódica do doente (pelo menos 1 x/semana e quando possível);
- Solicitar o apoio da nutricionista/dietista para a avaliação nutricional dos indivíduos em risco de desenvolver UP;
- Incentivar/proporcionar uma ingestão adequada de líquidos e proceder ao seu registo quantitativo;
- Fornecer/administrar dieta personalizada prescrita;
- Solicitar ao médico a colaboração necessária para a instituição e avaliação do suporte nutricional e hídrico através da monitorização clínica e metabólica frequente e realização das necessárias alterações de prescrição;
- Oferecer suplementos nutricionais orais, ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico e calórico, como suplemento da dieta habitual.

Diapositivo 23

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

POSICIONAMENTO – Alternância de Decúbitos

- **Principal objectivo:**
 - **CONFORTO DO DOENTE:**
 - Aliviar a pressão, ou redistribuir pelo corpo.

Frequência dos posicionamento
(está determinada por)


- Condição clínica global;
- Tolerância dos tecidos;
- Superfície utilizada;
- Objectivos globais do tratamento e avaliação da condição;
- Nivel de actividade e mobilidade;
- Nos doentes com Alto Risco de desenvolver UP não deve ultrapassar as 2 horas (preferencialmente).

Diapositivo 24

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

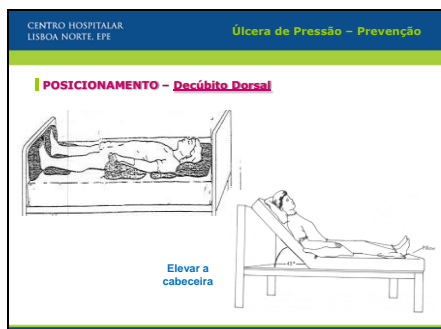
Úlcera de Pressão – Prevenção

POSICIONAMENTO – Técnicas



- Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento);
- Utilizar ajudas de transferência (levantar o doente e não arrastar), como o transfer, elevador e resguardo;
- Evitar posicionar o indivíduo em contacto directo com dispositivos médicos;
- Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável;
- Evitar elevação da cabeça acima dos 30° por tempo prolongado, a não ser que a situação clínica do doente o obrigue.

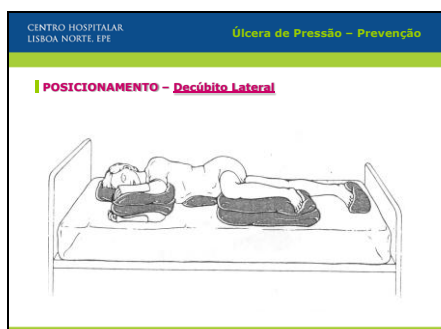
Diapositivo
25



Diapositivo
26



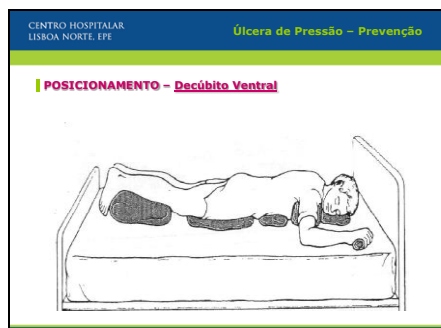
Diapositivo
27



Diapositivo
28



Diapositivo
29



Diapositivo
30

Posicionamento sentado - Técnicas

- Posicionar o indivíduo de forma a que possa manter as suas AVD's;
- Escolher uma posição tolerada pelo indivíduo e que minimize a pressão e torção exercidas na pele e tecidos moles;
- Quando os pés do indivíduo não chegam ao chão colocá-los sobre uma superfície de apoio;
- Restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira/cadeirão, sem alívio de pressão (não exceder 2 horas).

É essencial o registo dos posicionamentos: a frequência e o decúbito.

Diapositivo 31

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE


Úlcera de Pressão – Prevenção

| SUPERFÍCIES DE APOIO

• Utilização de camas e colchões :

- Utilização de colchões de espuma altamente específica em vez de espumas de padrão standard, em todos os indivíduos avaliados como em risco de desenvolver UP;
- Utilizar preferencialmente o colchão de pressão alterna em doentes com elevado grau de imobilidade em caquexia ou desnutridos ou com alterações cardiocirculatórias.
- Utilização de superfícies de apoio dinâmicas quando o doente não pode ser reposicionado manualmente;

Não se deve basear a selecção de superfícies de apoio unicamente no risco de desenvolver UP ou na categoria da UP.



Diapositivo 32


CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

| SUPERFÍCIES DE APOIO

➢ SUPERFÍCIES DE APOIO PARA OS CALCÂNEOS

- Os calcâneos devem-se encontrar afastados da superfície da cama;
- Os dispositivos de protecção dos calcâneos devem elevá-los completamente, de forma a que não se coloque pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ficar em ligeira flexão;
- Utilizar uma almofada na região dos gêmeos para elevar os calcâneos;
- Inspeccionar regularmente a pele.



Diapositivo 33

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

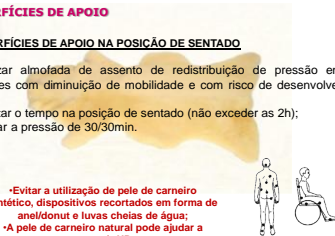
| SUPERFÍCIES DE APOIO

➢ SUPERFÍCIES DE APOIO NA POSIÇÃO DE SENTADO

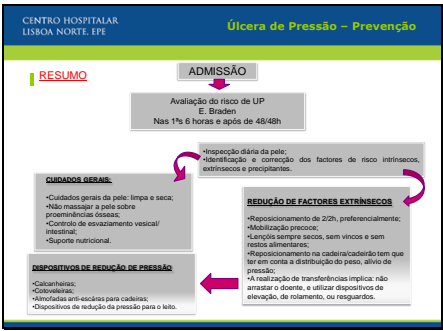
- Utilizar almofada de assento de redistribuição de pressão em doentes com diminuição de mobilidade e com risco de desenvolver UP;
- Limitar o tempo na posição de sentado (não exceder as 2h);
- Aliviar a pressão de 30/30min.

• Evitar a utilização de pele de carneiro sintético, dispositivos recortados em forma de anel/donut e luvas cheias de água;

• A pele de carneiro natural pode ajudar a prevenir UP.



Diapositivo
34



Diapositivo
35

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Úlcera de Pressão – Prevenção

Bibliografia

- Orientação da DGS: orientação nº 17/2011 de 19/05/2011;
- Guia de Referência Rápida – Prevenção de Úlceras de Pressão – EPUAP/NPUAP, 2009;

APÊNDICE VI

Reavaliação de utentes ECCI

	Nome Doente	Data Internamento
1	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08-10-2013
2	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	06-08-2013
3	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08-10-2013
4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	11-07-2013
5	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	06-09-2013
6	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	27-08-2013
7	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07-06-2013
8	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	30-11-2012
9	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	15-07-2013
10	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	15-10-2013
11	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	08-04-2013
12	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	07-10-2013
13	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	10-10-2013
14	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	25-06-2013
14	TESTE 1	01-10-2013
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

[illegible]

- O utilizador apenas introduz dados nas colunas: "Nome de utente" e "data de internamento".
- Quando alguma das reavaliações fica com a respectiva célula com preenchimento vermelho significa que a reavaliação se encontra em atraso; Se a reavaliação já foi feita o utilizador apenas tem que colocar o cursor sobre a respectiva célula e carregar na tecla "delete". Após este procedimento, a respectiva célula automaticamente fica com o preenchimento verde.
- Ao clicar sobre o nome do utente, o utilizador tem acesso à página à aplicação de monitorização da RNCCI.

Posteriormente poder-se-ão adicionar outras funções consideradas importantes, tais como: reavaliação de úlceras de pressão e pensos, necessidade de manter drenagem vesical permanente, entre outros.

APÊNDICE VII

Panfleto e impresso de registo referentes ao rastreio “Diabetes e HTA”



Dia Mundial da Diabetes

Faça o Seu Rastreio
Gratuitamente
Diabetes e Hipertensão Arterial



Data: 14 de Novembro de 2013

Horário: Das 14h30 às 18h00

Local: Casa do Povo, Mafra

Organização: Unidade de Cuidados na Comunidade Mafra



Rastreio Diabetes e HTA¶		Rastreio Diabetes e HTA¶	
Nome: _____	Idade: _____ ¶	Nome: _____	Idade: _____ ¶
Morada: _____	¶	Morada: _____	¶
Médico de Família: _____	¶	Médico de Família: _____	¶
Glicemia (mg/dL): _____	Tensão Arterial (mmHg): _____ ¶	Glicemia (mg/dL): _____	Tensão Arterial (mmHg): _____ ¶
Índice de Massa corporal (Kg/m²): _____	Classificação: _____ ¶	Índice de Massa corporal (Kg/m²): _____	Classificação: _____ ¶
Sessões de Formação (Datas): _____	¶	Sessões de Formação (Datas): _____	¶

Rastreio Diabetes e HTA¶		Rastreio Diabetes e HTA¶	
Nome: _____	Idade: _____ ¶	Nome: _____	Idade: _____ ¶
Morada: _____	¶	Morada: _____	¶
Médico de Família: _____	¶	Médico de Família: _____	¶
Glicemia (mg/dL): _____	Tensão Arterial (mmHg): _____ ¶	Glicemia (mg/dL): _____	Tensão Arterial (mmHg): _____ ¶
Índice de Massa corporal (Kg/m²): _____	Classificação: _____ ¶	Índice de Massa corporal (Kg/m²): _____	Classificação: _____ ¶
Sessões de Formação (Datas): _____	¶	Sessões de Formação (Datas): _____	¶

APÊNDICE VIII

Cronograma de atividades

Cronograma de atividades

[illegible]

